



Assurance Cigna Close CareSM

Guide d'information pour les clients

Tout ce que vous devez savoir au sujet
de votre assurance





**Vous aider à améliorer
votre santé, votre bien-être
et votre tranquillité d'esprit.**



Table des matières

04 Bienvenue

05 Votre assurance Cigna Close CareSM

Nos services santé

06 Notre service clients

07 Nos services Whole Health

08 La gestion personnalisée
des dossiers d'hospitalisation

10 L'application Cigna WellbeingTM

Informations pratiques

11 Quelques conseils concernant
l'obtention d'un traitement

13 Comment soumettre une demande
de remboursement

14 Votre espace client en ligne

15 Le fonctionnement des franchises
et des participations aux coûts

Tableau des prestations

17 Prestations en cas d'hospitalisation
d'une ou plusieurs journées

29 Soins ambulatoires et prestations
bien-être

36 Soins et traitements dentaires

Vous souhaitez nous contacter?

Si vous avez des questions concernant votre police d'assurance, si vous devez obtenir un accord préalable pour un traitement, ou pour toute autre raison, veuillez contacter notre équipe du service clients disponible 24h/24, 7j/7, toute l'année.



RENDEZ-VOUS DANS VOTRE ESPACE CLIENT

Contactez-nous par messagerie instantanée
Envoyez-nous un message
Demandez à être rappelé



Vous pouvez aussi envoyer un e-mail à l'adresse:
cignaglobal_customer.care@cigna.com



CONTACTEZ-NOUS PAR TÉLÉPHONE

International: **+44 (0) 1475 788 182**
États-Unis: **800 835 7677**(numéro gratuit)
Hong Kong: **2297 5210**(numéro gratuit)
Singapour: **800 186 5047**(numéro gratuit)

Bienvenue

Bienvenue dans votre assurance Cigna Close CareSM. Nous vous remercions d'avoir choisi Cigna en tant que partenaire au service de votre santé. Nous avons pour mission d'améliorer votre santé, votre bien-être et votre tranquillité d'esprit - et nous mettons tout en œuvre pour concrétiser cette volonté.



Un réseau mondial de plus de 1,65 million de partenariats - accédez rapidement et facilement aux soins de santé dans votre zone de couverture.



Pour votre commodité, nous proposons le règlement direct de vos frais dans la plupart des cas si vous obtenez un traitement auprès d'un professionnel de santé de notre réseau.



Accédez à des outils incluant notre Programme de gestion personnalisée des dossiers d'hospitalisation, l'application Cigna WellbeingTM et votre espace client en ligne.



Vos besoins et ceux de vos proches sont au cœur de tout ce que nous entreprenons. Contactez notre équipe de collaborateurs extrêmement expérimentés du service clients, 24h/24.

1 Lisez l'intégralité de la documentation relative à votre police d'assurance.

Les documents ci-après font partie du contrat d'assurance que vous avez conclu avec nous pour cette période de couverture. Les termes en italique ont le sens qui leur est donné dans la rubrique Définitions du document intitulé «Règles relatives à la police d'assurance».

- Guide d'information pour les clients
- Règles relatives à la police d'assurance
- Attestation d'assurance

2 Ces documents sont disponibles dans votre espace client en ligne sécurisé (voir page I4). Découvrez l'étendue de la couverture que nous vous proposons.

Consultez votre Attestation d'assurance pour vous remémorer avec précision les éventuelles prestations en option que vous avez ajoutées à votre couverture de base.

3 Téléchargez notre application Cigna WellbeingTM.

Vous pouvez télécharger l'application gratuitement sur Google Play ou sur l'Apple Store:

Étape 1: Recherchez 'Cigna Wellbeing' dans votre App Store et téléchargez l'application;

Étape 2: Sélectionnez 'Global Individual Plan' dans la liste déroulante;

Étape 3: Connectez-vous à l'aide des identifiants de votre espace client.

Vous trouverez en page IO des informations complémentaires concernant les fonctionnalités de l'application Cigna WellbeingTM.

Votre assurance Cigna Close CareSM



Zone de couverture

- L'assurance Cigna Close CareSM vous couvre dans votre *pays de résidence habituel* et votre *pays d'origine*. Ainsi, vous ne payez que la couverture dont vous avez réellement besoin, dans le pays dans lequel vous résidez, ainsi que lorsque vous reviendrez séjourner temporairement dans votre pays d'origine.
- Ces séjours temporaires ne peuvent excéder 180 jours par *période de couverture*, et votre *pays d'origine* doit faire partie de votre *zone de couverture*.
- La *zone de couverture États-Unis* ne peut être souscrite que si l'une des options ci-après s'applique:
 - La couverture *États-Unis* est incluse pour les assurés qui ont pour *pays de résidence habituel* les *États-Unis*.
 - Les ressortissants américains peuvent décider de souscrire une couverture *États-Unis*. Si le preneur d'assurance ne souscrit pas une couverture *États-Unis*, les *bénéficiaires* ne sont pas couverts lorsqu'ils reviennent séjourner dans leur pays.

Urgences en dehors de la zone de couverture

- Afin de vous offrir une plus grande tranquillité d'esprit lorsque vous séjournez en dehors de votre *zone de couverture*, votre assurance comprend une couverture en cas d'urgence médicale.
- Les *bénéficiaires* seront couverts pour tout *traitement* administré en urgence dans le cadre d'une *hospitalisation d'une ou plusieurs journées*, ou de *soins ambulatoires* (dans la mesure où l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être a été souscrite dans le cadre de votre *police d'assurance*) durant leurs séjours temporaires en dehors de votre *zone de couverture*.
- Cette couverture se limite à une période maximale de vingt-et-un (21) jours par voyage, et de quarante-cinq (45) jours au total par *période de couverture* pour tous les voyages combinés. Veuillez lire l'intégralité des modalités et conditions se rapportant à cette prestation à la clause 8.3 de votre *document intitulé «Règles relatives à la police d'assurance»*.



Vos prestations

- Votre *couverture de base* vous offre la prise en charge des *traitements* administrés dans le cadre d'une *hospitalisation d'une ou plusieurs journées*.
- Lorsque vous avez conçu votre assurance Cigna Close CareSM personnalisée, vous avez peut-être choisi d'ajouter l'une des prestations optionnelles à votre *couverture de base* : le module Soins ambulatoires et prestations bien-être et le module Soins et traitements dentaires.
- Pour vous remémorer les prestations que vous avez sélectionnées, consultez votre *attestation d'assurance*, disponible sur votre espace client en ligne.

Plafond applicable

- Votre assurance Cigna Close CareSM est assortie d'un *plafond* de \$ 250.000/€ 200.000/£ 165.000 par *bénéficiaire* et par *période de couverture*.
- Sont incluses l'ensemble des demandes de remboursement payées pour des frais liés au *traitement* d'une maladie primaire dans le cadre d'une *hospitalisation d'une ou plusieurs journées* et en *ambulatoire*.
- Afin que nul doute ne subsiste, les *maladies préexistantes* sont exclues. Pour obtenir l'ensemble des informations pertinentes, veuillez consulter le tableau des prestations, en page 16.

Notre service clients

Nos assurés sont **AU CŒUR DE TOUT CE QUE NOUS ENTREPRENONS** et nos équipes sont déterminées à vous offrir les plus hauts niveaux de service et de soins.



VOS besoins sont au cœur de tout ce que nous entreprenons.

- Vous pouvez contacter *notre* équipe de collaborateurs extrêmement expérimentés du service clients, 24h sur 24.
- Nos centres de service multilingues s'efforcent de répondre à votre appel dans les 20 secondes.
- Nous nous efforçons de traiter *votre demande de lettre de prise en charge* dans l'heure suivant la réception de tous les documents nécessaires afin d'éviter tout retard dans l'administration de *votre traitement*.
- Nous nous efforçons de traiter vos demandes de remboursement dans un délai de cinq jours ouvrables à compter de la réception de l'ensemble des documents requis.



Nous VOUS permettons de reprendre le contrôle.

Vous accéderez à des outils en ligne simples à utiliser grâce auxquels vous pourrez gérer votre *police d'assurance* et envoyer vos demandes de remboursement.

- Des informations complémentaires concernant *votre* espace client en ligne sécurisé sont disponibles en page 13 du présent Guide d'information pour les clients.
- Nous mettons à votre disposition différents moyens pour nous contacter et obtenir l'aide dont vous avez besoin, de la manière qui vous convient.



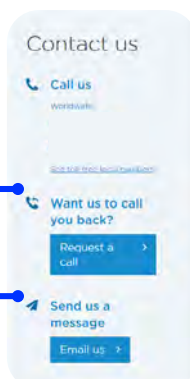
Messagerie instantanée



Appelez-nous ou demandez à être rappelé



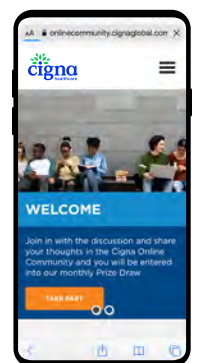
Contactez-nous par e-mail



Nous nous efforçons d'améliorer sans cesse les services que nous VOUS proposons.

Nous nous efforçons d'améliorer sans cesse nos assurances et nos services santé en fonction de vos commentaires.

- Nous sommes susceptibles de vous demander si nos services répondent à vos attentes au travers d'enquêtes Net Promoter Score.
- Nous sommes susceptibles de vous inviter à rejoindre notre communauté en ligne afin de discuter avec vous des aspects qui vous tiennent à cœur (selon la région dans laquelle vous vous trouvez).



Vous trouverez toutes les informations dont vous avez besoin pour nous contacter en page 3 du présent Guide d'information pour les clients.

Nos services whole health

Authentique **PARTENAIRE AU SERVICE DE VOTRE SANTÉ GLOBALE**, nous nous tenons à vos côtés tout au long de votre parcours vers un plus grand bien-être.



Pour bénéficier de notre programme de gestion personnalisée des dossiers d'hospitalisation, il vous suffit de contacter notre équipe du service clients.

Profitez de l'expertise de notre équipe clinique

Vous avez accès à notre programme de gestion personnalisée des dossiers d'hospitalisation assuré par notre équipe dédiée constituée de *médecins* et d'*infirmiers*. Ils vous apporteront leur soutien si vous êtes confronté au diagnostic d'une maladie grave ou complexe et vous offriront toute l'aide médicale dont vous avez besoin.

Ce programme peut vous aider:

- en assurant la coordination de vos soins de santé et de votre programme de traitement;
- en vous permettant d'accéder à des experts médicaux du monde entier et de bénéficier de leurs conseils et de leur soutien;
- en vous offrant un deuxième avis médical ou des rapports médicaux, si nécessaire.

Des informations complémentaires concernant notre programme de gestion personnalisée des dossiers d'hospitalisation sont disponibles en page 8 du présent Guide d'information pour les clients.

Accédez à notre application Wellbeing™

L'application Cigna Wellbeing™ vous permet d'accéder facilement à un éventail d'outils dédiés à la santé.

Notre application interactive vous permet:

- **D'accéder à Global Telehealth:** Consultations de *médecins généralistes* et *spécialistes* par téléphone et visioconférence;
- **De gérer votre santé:** Évaluations des risques pour la santé et gestion des maladies chroniques;
- **D'adopter de nouveaux comportements:** Suivi de l'évolution des chiffres clés de la santé et accès à des programmes de coaching en ligne et à la bibliothèque médicale.

Vous trouverez des informations complémentaires concernant l'application Wellbeing™ en page 10 du présent Guide d'information pour les clients.

Vous pouvez télécharger l'application gratuitement sur Google Play et sur l'Apple Store.

Profitez de tous ses avantages dès aujourd'hui!

- Recherchez «Cigna Wellbeing» dans votre App Store
- Téléchargez l'application
- Sélectionnez «Global Individual Plan (preneur d'assurance)»
- Connectez-vous à l'aide des identifiants de votre espace client.

Programme d'aide à la gestion du quotidien

Proposé dans le cadre du module facultatif Soins ambulatoires et prestations bien-être uniquement.

Ce service vous offre un soutien confidentiel pour tout problème d'ordre professionnel, personnel ou familial qui vous tient à cœur, par le biais de séances de conseils, d'une assistance par téléphone et de programmes disponibles en ligne.

Disponible si vous avez sélectionné le module facultatif Soins ambulatoires et prestations bien-être. Si vous souhaitez utiliser ce service, veuillez nous appeler et nous vous orienterons vers notre prestataire de services.

Vous pourrez bénéficier:

- De séances de conseils par téléphone, visioconférence ou en face à face;
- De séances d'entraînement à la pratique de la pleine conscience;
- D'un programme de thérapie comportementale cognitive en ligne (CBT);
- D'une aide au développement professionnel au travers de séances de coaching et d'une assistance dédiée aux responsables;
- D'informations sur les ressources locales et d'orientations.

Vous trouverez des informations complémentaires en page 29 du présent Guide d'information pour les clients.

Gestion personnalisée des dossiers d'hospitalisation

Nous avons à cœur de vous aider vous et vos proches à vivre plus heureux et en meilleure santé grâce à notre expertise clinique. Ce programme permet à l'ensemble des bénéficiaires d'accéder à des services médicaux en contactant notre équipe du service clients.



L'accès aux soins, à tout moment, depuis n'importe quel endroit

Notre service **Global Telehealth** vous permet de consulter des *médecins* qualifiés dans le monde entier pour tout problème de santé non-urgent. Nous pouvons organiser un rappel, généralement dans la journée, ou vous pouvez programmer une consultation par téléphone ou visioconférence depuis l'application *Cigna Wellbeing™*.

- Vous pouvez obtenir un diagnostic pour les problèmes de santé non urgents;
- Vous pouvez obtenir une aide pour vous préparer à une consultation ou à une hospitalisation à venir;
- Vous pouvez discuter d'un médicament ou d'un plan de *traitement* et des éventuels effets indésirables.



Nous veillons à ce que vous vous sentiez à tout moment soutenu durant votre parcours médical

Notre service de **prise en charge personnalisée du patient** vous attribue un gestionnaire de dossiers dédié si vous êtes confronté au diagnostic d'une pathologie complexe nécessitant une aide particulière. Ce gestionnaire attitré deviendra votre unique interlocuteur et vous apportera un soutien en assurant la coordination de vos soins et de votre programme de *traitement*.

- Vous bénéficierez de conseils et d'un soutien personnalisés de la part de votre gestionnaire de dossiers dédié;
- Nous élaborerons des programmes de *traitement* sur mesure, précisément adaptés à vos besoins individuels.
- Nous nous efforcerons de limiter le nombre d'admissions à l'hôpital supplémentaires ou inutiles.

Notre **Programme d'accompagnement des personnes atteintes d'affections chroniques** vous propose un soutien si vous souffrez d'une maladie chronique. Si la maladie dont vous souffrez figure parmi les exclusions particulières mentionnées sur votre *attestation d'assurance*, nous pouvons néanmoins vous aider à la gérer. L'exclusion prévue par votre assurance demeurera cependant applicable à l'ensemble des éventuels *traitements*.

- Un gestionnaire de dossiers programmera des appels réguliers afin d'évaluer votre maladie et votre programme de *traitement*;
- Votre *gestionnaire de dossiers* attitré définira avec vous des objectifs spécifiques réalisables qui vous aideront à mieux gérer et à maîtriser votre maladie.

Vous rassurer au moyen d'un deuxième avis médical

Notre **Programme d'aide à la décision** vous permet de contacter d'éminents experts médicaux du monde entier et de bénéficier de leurs conseils et de leurs recommandations face à votre diagnostic et à votre programme de *traitement*.

Ce service vous est proposé par le biais de *notre* partenaire indépendant qui collabore avec des experts médicaux qui jouissent d'une renommée mondiale et fournissent des conseils et des recommandations pour chaque cas individuel et chaque programme de *traitement*.

- Vous serez contacté par *notre* partenaire sous 48 heures à compter de la réception par leurs soins de vos antécédents médicaux;
- Le rapport médical comportera l'avis de l'expert quant à votre diagnostic et à votre programme de *traitement*;
- Vous pouvez également transmettre vos questions concernant votre diagnostic et votre programme de *traitement* afin que des réponses vous soient apportées au sein du rapport.



Application Cigna Wellbeing™

Notre application Cigna Wellbeing™ vous propose une multitude d'outils et de fonctionnalités qui vous aideront à prendre soin de votre santé et de votre bien-être.



L'accès aux soins, à tout moment, depuis n'importe quel endroit

L'application Cigna Wellbeing™ vous offre le moyen le plus simple d'accéder à notre service de télémédecine internationale (Global Telehealth).



DEMANDEZ UN RENDEZ-VOUS

Utilisez l'application Cigna Wellbeing™ pour prendre rendez-vous avec un *médecin* à tout moment, où que vous soyez.



PARLEZ À UN MÉDECIN

La première consultation sera réalisée par un médecin généraliste – par téléphone ou visioconférence.



RÉTABLISSEZ-VOUS

Soyez rassuré: vous avez parlé à un *médecin*.

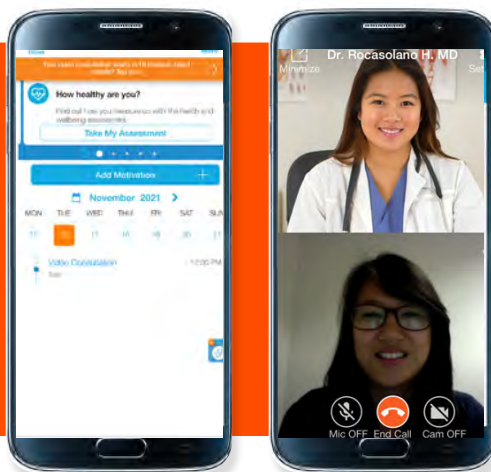


Quels sont les avantages du service Global Telehealth?

Il est pratique. Il n'est pas nécessaire de quitter son domicile ou son lieu de travail.

Il est disponible 24h/24, 7j/7. Vous pouvez joindre un *médecin* à tout moment, généralement dans un délai de 24 heures (selon la langue choisie).

Il est abordable. Il offre une alternative aux consultations dispensées en cabinet médical ou en clinique – sans aucune franchise ni participation aux coûts, ni aucune limite quant au nombre de consultations.



Gérez votre santé

Évaluations santé

L'évaluation des risques pour la santé vous permet de produire votre propre rapport personnalisé, en toute confidentialité. Cette vision à 360° de votre santé vous permettra de découvrir:

- **Votre note santé**
- **Vos comportements les plus positifs**
- **Les domaines qui doivent être améliorés**
- **Les domaines à risque**

Programme d'accompagnement des personnes atteintes d'affections chroniques

Ce programme, dirigé par nos infirmiers hautement qualifiés, vous aidera à prendre le contrôle de votre maladie chronique, y compris, sans toutefois s'y limiter:

- **Le diabète**
- **L'hypertension**
- **Les pathologies cardiaques**

Veillez compléter l'évaluation bien-être et nous préciser si vous souhaitez être contacté par nos services.



Modification des comportements

Suivi de l'évolution des chiffres clés de la santé

L'application Cigna Wellbeing™ vous permet de garder un œil attentif sur:

- **Votre sommeil**
- **Votre tension artérielle**
- **Votre taille/poids**
- **Votre cholestérol**
- **Votre glycémie**
- **Vos notes santé**

Health Content & Coaching Programmes

Découvrez des articles, des programmes de coaching en ligne et des vidéos conçus pour vous aider à prendre les bonnes décisions en matière de sommeil, de stress, de nutrition et d'activité physique.

- **Mode de vie**
- **Recettes saines**
- **Santé générale**
- **Activité physique**
- **Nutrition/poids**
- **Stress**

Quelques conseils concernant l'obtention d'un traitement

Nous avons à cœur de vous libérer de tout stress lorsque vous devez obtenir un traitement, vous ou les membres de votre famille.

Avant le traitement

Contactez notre équipe du service clients avant d'obtenir un traitement. Vous pouvez nous contacter 24h/24 par le biais de notre messagerie instantanée, disponible sur votre espace client en ligne sécurisé, par téléphone ou encore par e-mail (voir page 3 pour obtenir des informations complémentaires).

- Nous pouvons vous aider à organiser votre programme de traitement, et vous orienter dans la bonne direction, ce qui vous évite de perdre du temps à rechercher un hôpital, une clinique ou un professionnel de santé par vous-même.
- Nous pouvons assurer la liaison avec votre professionnel de santé pour garantir que le traitement que vous êtes sur le point de recevoir est couvert par votre police d'assurance et délivrer une autorisation préalable.
- Nous pouvons assurer la liaison avec votre professionnel de santé pour organiser le règlement direct de vos frais en lui délivrant une lettre de prise en charge



S'il s'agit d'une urgence et si vous n'êtes pas en mesure de nous appeler au préalable, veuillez nous contacter dans un délai de 48 heures.

Obtention d'un traitement

N'oubliez pas d'emporter votre carte d'affiliation Cigna avec vous. Une copie de votre carte d'affiliation Cigna est disponible dans votre espace client en ligne sécurisé.

Après le traitement

Dans la plupart des cas nous réglerons directement vos frais à l'hôpital, à la clinique ou au professionnel de santé.

- Nous ne paierons que la partie correspondant aux frais de traitement pris en charge.
- Tous les bénéficiaires sont tenus de payer toute éventuelle franchise ou participation aux coûts directement à l'hôpital, à la clinique, au professionnel de santé ou à la pharmacie lors de l'administration du traitement.

Une liste des hôpitaux, des cliniques et des professionnels de santé du réseau Cigna est disponible dans votre **espace client en ligne sécurisé**. Vous pouvez également **contacter notre équipe du service clients** pour obtenir des informations complémentaires.

Si vous avez vous-même réglé vos frais à l'hôpital, à la clinique ou au professionnel de santé.

- Envoyez-nous vos factures et vos demandes de remboursement:
 - En ligne, par le biais de votre espace client en ligne sécurisé;
 - Ou par e-mail, par fax ou par courrier postal (voir page 13).
- Nous vous rembourserons vos frais (déduction faite de votre éventuelle franchise et/ou participation aux coûts).
- Nous nous efforçons de traiter vos demandes de remboursement dans un délai de 5 jours ouvrables à compter de la réception de l'ensemble des documents requis.

Vous pouvez télécharger vos formulaires de demande de remboursement depuis votre espace client en ligne sécurisé, ou à l'adresse www.cignaglobal.com/help/claims

Veuillez noter que, dans certains pays, nous ne serons pas nécessairement en mesure de régler directement vos frais au professionnel de santé. Dans ce cas, il vous incombera de payer les frais de traitement à votre professionnel de santé et Cigna vous remboursera par la suite.

Veuillez noter que nous sommes susceptibles, à notre entière discrétion et sans notification, d'apporter des changements au réseau de Cigna en ajoutant et/ou en supprimant des hôpitaux, des cliniques, des professionnels de santé et des pharmacies.

Avant d'obtenir un *traitement*, veuillez lire les informations ci-après concernant la procédure d'autorisation préalable, les *traitements d'urgence*, et l'obtention d'un *traitement aux États-Unis*.



Autorisation préalable

Veuillez contacter *notre* équipe du service clients avant d'obtenir un *traitement*. Une autorisation préalable doit être obtenue auprès de *nos services* pour tout *traitement*. Vous pourrez ainsi vous assurer que les frais qui doivent être engagés sont pris en charge par votre *police d'assurance*.

Nous sommes susceptibles de vous demander des informations complémentaires, par exemple, un rapport médical, pour *nous* permettre d'approuver un *traitement*. *Nous* vous confirmerons notre autorisation et, le cas échéant, le nombre de *traitements* approuvés.

Si vous n'obtenez pas une autorisation préalable de *notre part*, le *traitement* de vos demandes de remboursement est susceptible de prendre davantage de temps et *nous* pouvons être amenés à refuser de payer tout ou partie des frais concernés. *Nous* réduirons le montant que *nous* paierons de:

- 50%, si vous ne nous avez pas appelés pour *nous* demander une autorisation préalable lorsque cela était nécessaire pour un *traitement* aux États-Unis (dans la mesure où les États-Unis sont inclus dans votre zone de couverture);
- 20%, si vous n'avez pas obtenu une autorisation préalable pour un *traitement* administré hors des États-Unis.

Dans la plupart des cas, *nous* délivrerons au *bénéficiaire* ou à *l'hôpital*, au *professionnel de santé* ou à *la clinique* une *lettre de prise en charge*. Cela signifie que *nous* acceptons par avance de payer tout ou partie des frais liés à un *traitement* particulier. Lorsque *nous* avons délivré une *lettre de prise en charge* *nous* verserons au *bénéficiaire* ou à *l'hôpital*, au *professionnel de santé* ou à *la clinique* le montant convenu dès réception d'une demande appropriée et de la facture correspondante, une fois le *traitement* administré.



Traitement d'urgence

Nous savons qu'il est parfois compliqué, si ce n'est impossible, de *nous* contacter avant d'obtenir un *traitement* dans une situation d'urgence et que la priorité demeure la prise en charge aussi rapide que possible du patient. Dans de telles circonstances, *nous* vous demandons, à vous ou au *bénéficiaire concerné*, de *nous* contacter dans un délai de 48 heures après l'administration du *traitement*. Cela *nous* permettra de vous confirmer la prise en charge de votre *traitement* et d'organiser le règlement des frais avec votre *professionnel de santé*.

Nous sommes susceptibles de vous demander des informations complémentaires, par exemple, un rapport médical, pour *nous* permettre d'approuver un *traitement*. *Nous* vous confirmerons notre accord et, le cas échéant, le nombre de *traitements* approuvés.

Si un *bénéficiaire* a été pris en charge par un *hôpital*, un *professionnel de santé* ou une *clinique* qui ne fait pas partie de *notre* réseau, *nous* pouvons organiser (avec le consentement du *bénéficiaire*) le transfert du *bénéficiaire* vers un *hôpital*, un *professionnel de santé* ou une *clinique* du réseau de Cigna afin d'y poursuivre le *traitement*, lorsque cela s'avère médicalement approprié.



Obtenir des soins aux états-unis

Les *traitements* obtenus aux États-Unis sont pris en charge conformément aux modalités de la *police d'assurance*, dans la mesure où ils sont administrés dans votre zone de couverture. Si, alors qu'une autorisation préalable a été obtenue, le *bénéficiaire* décide de recevoir un *traitement* auprès d'un *hôpital*, d'un *professionnel de santé* ou d'une *clinique* qui ne fait pas partie du réseau de Cigna, *nous* réduirons de 20% tout montant que *nous* payons.

Nous savons que, dans certaines situations, il n'est pas raisonnablement possible d'obtenir un *traitement* auprès d'un *hôpital*, d'un *professionnel de santé*, ou d'une *clinique* du réseau de Cigna. Dans ce cas, *nous* n'appliquerons aucune réduction aux paiements que *nous* effectuerons. Ces situations incluent, sans toutefois s'y limiter:

- lorsqu'il n'y a pas d'*hôpital*, de *professionnel de santé* ou de *clinique* du réseau de Cigna dans un rayon de 30 miles/50 kilomètres du domicile du *bénéficiaire*; ou
- lorsque le *traitement* dont a besoin le *bénéficiaire* n'est pas disponible auprès d'un *hôpital*, d'un *professionnel de santé*, ou d'une *clinique* du réseau de Cigna; ou
- lorsque le *traitement* est un *traitement d'urgence*.

Pour les assurés résidant aux États-Unis, *nous* proposons un service de livraison à domicile de médicaments, si vous disposez d'une adresse postale dans ce pays. Ce service peut vous simplifier les choses si vous souffrez d'une maladie nécessitant un *traitement* régulier. Certaines modalités et conditions s'appliquent.

Comment soumettre une demande de remboursement

Si vous avez payé vous-même votre traitement, vous pouvez nous faire parvenir votre facture et votre formulaire de demande de remboursement. Le moyen le plus simple est de le faire par le biais de votre espace client en ligne sécurisé.

Vous aurez besoin des éléments suivants:



La **facture** de votre professionnel de santé



Un **formulaire de demande de remboursement** complété



Le **reçu** de votre paiement

Veillez clairement indiquer le numéro de votre police d'assurance sur tout document que vous nous envoyez.

Vous pouvez télécharger vos formulaires de demande de remboursement depuis votre espace client en ligne sécurisé, ou à l'adresse www.cignaglobal.com/help/claim.

Vous pouvez nous faire parvenir vos demandes:

- Par le biais de votre espace client en ligne sécurisé: des informations complémentaires sont disponibles en page I4
- Par e-mail: cignaglobal_customer.care@cigna.com

Traitements administrés en dehors des États-Unis

Cigna Global Health Options, Services clients, 1 Knowe Road, Greenock, Écosse PA14 4RJ

Traitements administrés aux États-Unis

Cigna International, PO Box 15964, Wilmington, Delaware 19850

Information importante

- Vous, ainsi que l'ensemble de vos bénéficiaires, devez respecter les procédures de demande de remboursement décrites dans le présent Guide d'information pour les clients.
- Nous pouvons vous rembourser par virement bancaire, ou par chèque.
- Nous pouvons être amenés à demander des informations complémentaires en vue de traiter une demande de remboursement. Il peut notamment s'agir de rapports médicaux ou d'autres informations concernant l'état de santé du bénéficiaire, ou des résultats de tout examen médical indépendant que nous pourrions demander à l'assuré de nous faire parvenir à ses propres frais.
- Les bénéficiaires doivent nous faire parvenir leurs formulaires de demande de remboursement et leurs factures dans les meilleurs délais après l'administration de tout traitement. Si une demande de remboursement accompagnée des factures pertinentes ne nous parvient pas dans un délai de 12 mois à compter de la date de l'administration du traitement, cette demande ne pourra faire l'objet d'aucun paiement ni d'aucun remboursement de notre part.

Sous réserve des modalités de la présente police d'assurance, nous paierons les frais suivants en réponse à votre demande de remboursement:

- Les frais décrits dans la rubrique Tableau des prestations du présent Guide d'information pour les clients, tels qu'ils s'appliquent à la (aux) date(s) d'administration d'un traitement au bénéficiaire.
- Les frais liés à un traitement qui a déjà été administré. Toutefois, nous ne prendrons pas en charge les frais d'un traitement à venir pour lequel un acompte ou un paiement anticipé vous est demandé.
- Les traitements médicalement nécessaires et appropriés pour le bénéficiaire.
- Les frais raisonnables et habituellement pratiqués liés aux traitements ainsi qu'aux services associés aux traitements mentionnés dans le tableau des prestations. Nous prenons en charge le coût de ces traitements sur la base des honoraires habituellement facturés dans la région où ils sont administrés, et conformément aux pratiques cliniques et médicales établies.
- Si vous dépassez le plafond applicable à une prestation individuelle, ou le montant de la prestation annuelle maximale, nous vous demanderons un remboursement afin de couvrir le dépassement de votre plafond.

Votre espace client en ligne

Votre statut d'assuré *Cigna Close Care*SM vous permet d'accéder à une mine d'informations, depuis n'importe quel endroit du monde, par le biais de votre espace client en ligne sécurisé.

Pour accéder à votre espace client en ligne sécurisé, rendez-vous sur www.cignaglobal.com, puis::



Cliquez sur '**Connexion client**' en haut à droite de la page.

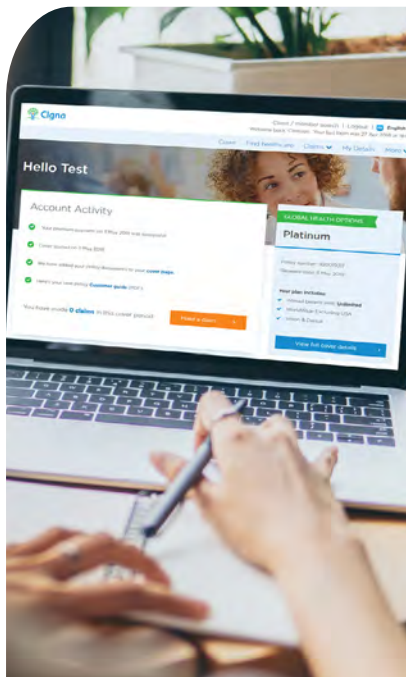


Sélectionnez '**Police Global Individual**' dans la liste, puis cliquez sur '**Connexion**'.



Saisissez l'**adresse e-mail que vous nous avez communiquée**, puis votre mot de passe.

Si vous rencontrez des difficultés pour accéder à votre espace client, veuillez contacter notre équipe du service clients.



Gérez votre police d'assurance

Votre espace client en ligne sécurisé vous offre le moyen le plus facile de gérer votre *police d'assurance* et d'accéder à l'ensemble des informations concernant votre assurance. Depuis cet espace, vous pouvez:

- Consulter les documents se rapportant à votre *police d'assurance*, y compris votre *attestation d'assurance* et les cartes d'affiliation *Cigna* de tous vos *bénéficiaires*;
- Consulter les éventuelles exclusions spéciales qui s'appliquent à votre *police d'assurance*;
- Consulter les prestations prévues par votre assurance;
- Consulter un résumé des paiements effectués au regard de vos primes d'assurance;
- Consulter l'ensemble de vos communications avec *Cigna*;
- Envoyer facilement vos demandes de remboursement et en suivre l'évolution.
- Mettre à jour vos informations personnelles, si nécessaire.

Accédez aux soins

Notre outil de recherche vous offre un moyen facile de trouver un professionnel de santé dans votre région. Vous pouvez affiner votre recherche en précisant la spécialité, le type d'établissement ou le professionnel de santé dont vous avez besoin.

Une liste claire de tous les professionnels de santé qui acceptent le règlement direct



Une carte facile à lire qui vous indique où vous trouvez par rapport aux professionnels de santé.

Contactez-nous

Votre espace client en ligne sécurisé vous offre également des moyens pratiques pour nous contacter, y compris la messagerie instantanée, la possibilité de nous envoyer un message direct ou de nous indiquer une heure à laquelle vous souhaiteriez que nous vous rappelions.



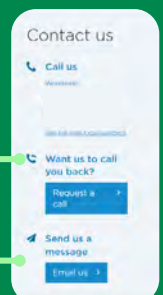
Messagerie instantanée



Demande de rappel



Envoyez-nous un message



Le fonctionnement des franchises et des participations aux coûts

Notre vaste choix d'options de franchise et de participation aux coûts vous permet d'adapter précisément votre assurance à votre budget. Vous pouvez choisir d'appliquer une franchise et/ou une participation aux coûts à votre couverture de base et/ou au module facultatif Soins ambulatoires et prestations bien-être. .

Si vous avez sélectionné une option de franchise et/ou de participation aux coûts, le montant de votre prime s'en trouvera diminué.

- **Franchise** - il s'agit du montant de vos frais de traitement dont vous devez vous acquitter avant d'avoir atteint la franchise applicable à la période de couverture.
- **Participation aux coûts** - il s'agit de la part de vos frais de traitement, en pourcentage, dont vous devez vous acquitter. Cette option s'applique une fois que le montant de la franchise (éventuelle) a été calculé.
- **Plafond des dépenses non remboursées** - il s'agit du montant maximum de participation aux coûts dont vous devez vous acquitter pour toute période de couverture. Seuls les montants que vous payez du fait de votre participation aux coûts sont limités par l'application du plafond des dépenses non remboursées.

Si vous avez sélectionné une option de franchise et/ou de participation aux coûts, les exemples ci-après vous permettront de comprendre comment cela fonctionne.

Exemple 1:

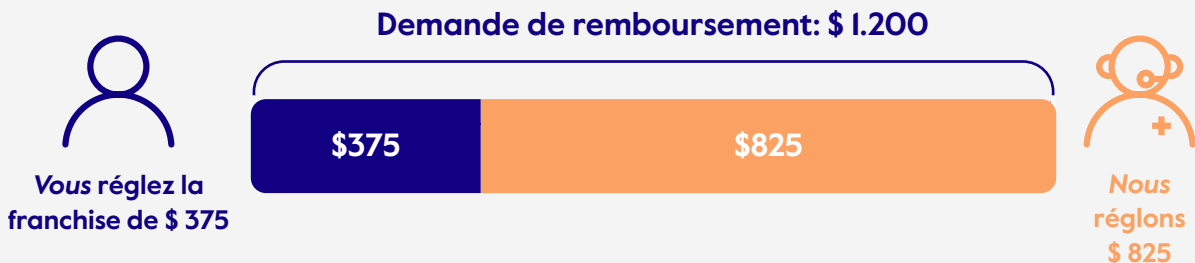
Le fonctionnement de la franchise

Valeur de la demande de remboursement: **\$ 1.200**

Franchise: **\$ 375**

Une fois la franchise atteinte, nous réglons l'ensemble des frais de traitement que vous engagez par la suite durant cette période de couverture.

Dans cet exemple, la franchise a été atteinte pour cette période de couverture.



Exemple 2:

Le fonctionnement de la participation aux coûts

Valeur de la demande de remboursement: **\$ 5.000**

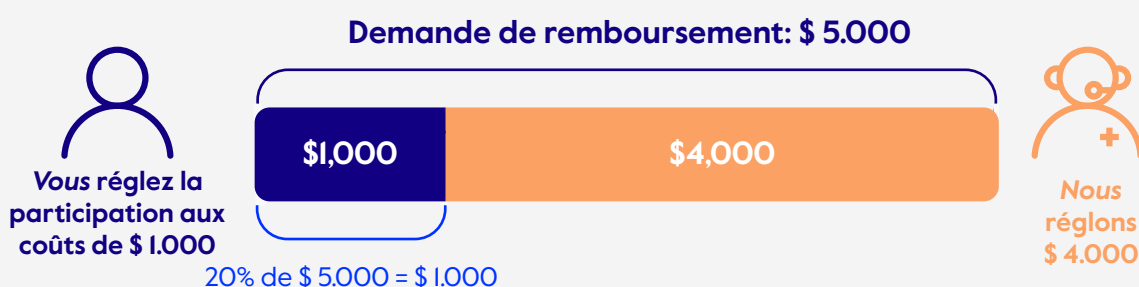
Franchise: **\$ 0**

Participation aux coûts: **20 % = \$ 1.000**

Plafond des dépenses non remboursées: **\$ 2.000**

Le montant de la participation aux coûts est limité par l'application du plafond des dépenses non remboursées.

Dans cet exemple, \$ 1.000 ont été payés et pris en compte au titre du plafond des dépenses non remboursées de \$ 2.000 pour cette période de couverture.



Exemple 3:

Le fonctionnement de la participation aux coûts et du plafond des dépenses non remboursées

Claim value: **\$20,000**

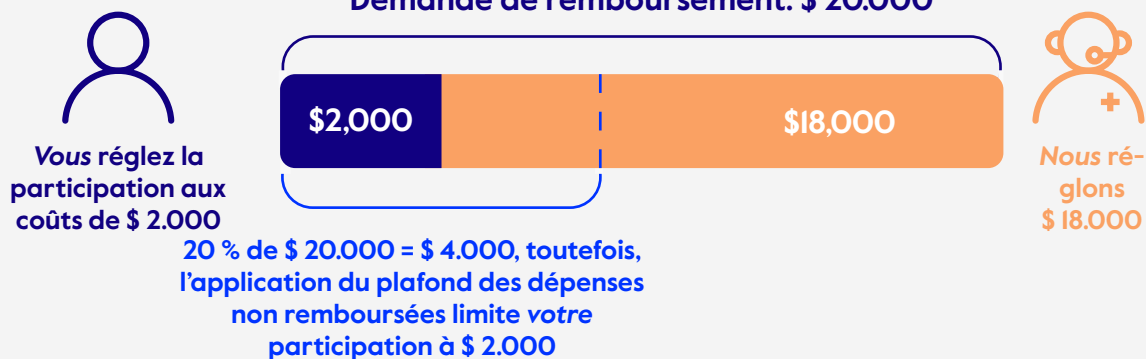
Deductible: **\$0**

Cost Share: **20% = \$4,000**

Out of Pocket Maximum: **\$2,000**

Le plafond des dépenses non remboursées permet de vous prémunir contre les montants importants de participation aux coûts.

Dans cet exemple, vous avez atteint votre plafond des dépenses non remboursées et nous prendrons en charge le reste de vos frais pour cette période de couverture.



Exemple 4:

Le fonctionnement de la franchise et de la participation aux coûts si vous avez sélectionné les deux options

Valeur de la demande de remboursement: **\$ 20.000**

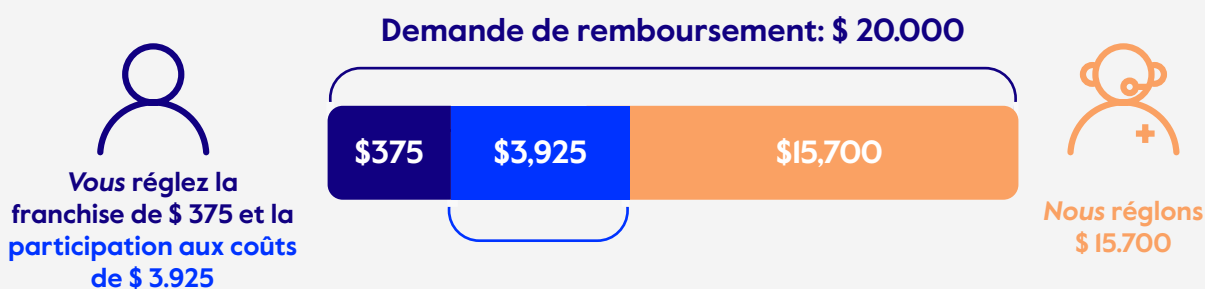
Franchise: **\$ 375**

Participation aux coûts: **20 % = \$ 3.925**

Plafond des dépenses non remboursées: **\$ 5.000**

La franchise doit être payée avant que la participation aux coûts ne soit calculée.

Dans cet exemple, votre franchise de \$ 375 est en premier lieu déduite du coût de votre *traitement*, puis la participation aux coûts de 20% est calculée. \$ 3.925 ont été payés et pris en compte au titre du plafond des dépenses non remboursées de \$ 5.000 pour cette période de couverture.



Information importante

- Il vous incombera de vous acquitter de toute franchise et de toute participation aux coûts directement auprès de l'hôpital, de la clinique, du professionnel de santé ou de la pharmacie.
- La franchise, la participation aux coûts et le plafond des dépenses non remboursées sont déterminés distinctement pour chaque bénéficiaire et chaque période de couverture.
- Si vous sélectionnez à la fois une franchise et une participation aux coûts, le montant dont vous devez vous acquitter au titre de la franchise est calculé avant celui dont vous devez vous acquitter au titre de la participation aux coûts.
- Vous pouvez demander la modification de votre franchise et/ou de votre participation aux coûts ainsi que celle du plafond de vos dépenses non remboursées. Cette modification prendra alors effet à compter de la date de reconduction annuelle de votre police d'assurance chaque année. Si vous souhaitez supprimer ou réduire la franchise, la participation aux coûts ou réduire le plafond des dépenses non remboursées applicables à votre couverture, nous sommes susceptibles de vous demander de nous fournir des informations médicales plus détaillées (en ce compris des informations médicales se rapportant à l'un quelconque de vos bénéficiaires, le cas échéant) et nous pouvons être amenés à appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spéciales sur la base des informations que vous nous faites parvenir.
- Vous pouvez vérifier les éventuelles options de franchise et de participation aux coûts que vous avez sélectionnées en consultant votre attestation d'assurance, disponible dans votre espace client en ligne sécurisé.

Votre couverture de base

Votre *couverture de base* est décrite dans le tableau ci-après. Elle vous offre une couverture essentielle pour les *hospitalisations, d'une ou plusieurs journées*, et les frais d'hébergement, ainsi que la prise en charge du *cancer*, des soins de santé mentale et bien plus encore. Tous les montants s'appliquent à chaque *bénéficiaire* et chaque *période de couverture* (sauf indication contraire).

Prestations en cas d'hospitalisation d'une ou plusieurs journées

Zone de couverture

- La *zone de couverture* est limitée à votre *pays de résidence habituel* et votre *pays d'origine*.
- La couverture aux *États-Unis* est incluse pour les assurés qui ont pour *pays de résidence habituel* les *États-Unis*.
- Les ressortissants américains peuvent décider de souscrire une couverture *États-Unis* (si le *preneur d'assurance* ne souscrit pas cette *couverture*, auquel cas les *bénéficiaires* ne sont pas couverts lorsqu'ils reviennent séjourner dans leur pays).
- La *zone de couverture États-Unis* ne peut être souscrite si l'une des options ci-dessus ne s'applique pas.

LA LIMITE GLOBALE DE VOTRE ASSURANCE

Prestation maximale annuelle - par bénéficiaire et par période de couverture.

Sont incluses les demandes de remboursement payées au titre de l'ensemble des rubriques Prestations en cas d'hospitalisation d'une ou plusieurs journées .

\$ 500.000
€ 400.000
£ 325.000

Plafond applicable

Dans la limite du plafond global présenté, par *bénéficiaire* et par *période de couverture*.

\$ 250.000
€ 200.000
£ 165.000

Il s'agit du montant annuel que nous payons pour l'ensemble des *traitements* administrés à la suite du diagnostic d'une *maladie*. Sont incluses l'ensemble des demandes de remboursement réglées pour les frais liés au traitement de la *maladie, primaire* dans le cadre d'une *hospitalisation d'une ou plusieurs journées* et en *ambulatoire*. Ce plafond s'applique à chaque *bénéficiaire* et chaque *période de couverture*.

Remarques importantes

- Nous limiterons nos remboursements au montant maximal cumulé par *période de couverture*, comme indiqué dans le *tableau des prestations*.
- Les services d'évacuation ou de rapatriement sanitaire ne sont pas inclus.
- Les frais supplémentaires directement liés à la *maladie*, qui dépassent le *plafond de prestation*, ne seront pas prise en charge par *Cigna*.
- Pour déterminer si ce plafond a été atteint, *notre équipe médicale* prendra en considération et examinera l'ensemble des *traitements* et soins médicaux reçus.
- Nous ne prendrons en charge les frais de soins *ambulatoires* que si l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être a été sélectionnée, à l'exception de certaines *prestations* qui incluent les *soins ambulatoires* dans le cadre de votre *couverture de base*.

<p>Urgences en dehors de la zone de couverture</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 40.000 € 29.600 £ 26.600</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Traitement</i> médical, administré en urgence dans le cadre d'une <i>hospitalisation d'une ou plusieurs journées</i> et en <i>ambulatoire</i> lors de séjours en dehors de votre <i>pays de résidence habituel</i> ou de votre <i>pays d'origine</i>. • Cette couverture est limitée à 21 jours par voyage et à 45 jours par <i>année d'assurance</i> pour l'ensemble des séjours combinés. • <i>Les soins ambulatoires</i> d'urgence sont inclus dans la limite de \$ 2.500/€ 1.850/£ 1.650. Cette prestation est uniquement disponible si vous avez sélectionné l'option <i>Soins ambulatoires et prestations bien-être</i>. Veuillez consulter la clause 8.3 des Règles relatives à la police d'assurance pour vérifier les modalités applicables à ce plafond de <i>prestation</i> global. 	

<p>Frais hospitaliers pour:</p> <p>Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>Remboursement intégral pour une chambre à deux lits</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les soins infirmiers et les frais d'hébergement d'un <i>bénéficiaire</i> qui reçoit un <i>traitement</i> dans le cadre d'une <i>hospitalisation d'une ou plusieurs journées</i>; ou le coût d'une <i>salle de traitement</i> pour un <i>bénéficiaire</i> qui bénéficie d'une <i>chirurgie ambulatoire</i>, si elle s'avère nécessaire. • Nous ne prendrons en charge ces frais que si: <ul style="list-style-type: none"> • il est <i>médicalement nécessaire</i> pour le <i>bénéficiaire</i> d'être traité dans le cadre d'une <i>hospitalisation d'une ou plusieurs journées</i>; • le séjour du <i>bénéficiaire</i> à l'<i>hôpital</i> est d'une durée médicalement appropriée; • le <i>traitement</i> est administré ou géré par un spécialiste; et • le <i>bénéficiaire</i> occupe une chambre à deux lits avec salle de bain commune. • Si les honoraires facturés par un <i>hôpital</i> varient en fonction du type de chambre dans laquelle séjourne le <i>bénéficiaire</i>, le montant maximum réglé par <i>Cigna</i> se limitera à celui qui aurait été facturé si le <i>bénéficiaire</i> avait séjourné dans une chambre à deux lits standard avec salle de bain commune, ou dans une chambre équivalente. • Si le <i>médecin</i> traitant détermine que le <i>bénéficiaire</i> doit séjourner à l'<i>hôpital</i> pendant une période supérieure à celle préalablement approuvée par <i>Cigna</i>, ou s'il détermine que le <i>traitement</i> dont a besoin le <i>bénéficiaire</i> est différent de celui préalablement approuvé par <i>Cigna</i>, alors ce <i>médecin</i> doit faire parvenir à <i>Cigna</i> un rapport précisant: la durée pendant laquelle le <i>bénéficiaire</i> doit séjourner à l'<i>hôpital</i>; le diagnostic (s'il a évolué); et le <i>traitement</i> que le <i>bénéficiaire</i> a reçu et doit recevoir. 	

<p>Frais hospitaliers pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bloc opératoire. • médicaments et pansements prescrits dans le cadre d'un traitement nécessitant une <i>hospitalisation d'une ou plusieurs journées</i>. • <i>salle de traitement</i> pour la <i>chirurgie ambulatoire</i>. <p>Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<p>Bloc opératoire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge l'ensemble des frais liés à l'utilisation d'un bloc opératoire, dans la mesure où le <i>traitement</i> administré est couvert par la présente <i>police d'assurance</i>. <p>Médicaments et pansements sur ordonnance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les médicaments et pansements prescrits pour le <i>bénéficiaire</i> alors qu'il reçoit un <i>traitement</i> dans le cadre d'une <i>hospitalisation d'une ou plusieurs journées</i>. • Les médicaments et les pansements prescrits pour une utilisation à domicile seront pris en charge dans la limite du plafond applicable aux médicaments et aux pansements au titre de la prestation <i>Soins ambulatoires et prestations bien-être</i> (à moins qu'ils ne soient prescrits dans le cadre du <i>traitement d'un cancer</i>). 	

<p>Pandémies, épidémies et éclosion de maladies infectieuses</p> <p>Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les <i>traitements médicalement nécessaires</i> de maladies résultants d'une pandémie, d'une épidémie ou de l'éclosion de maladies infectieuses, telles que définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). • Les <i>traitements médicalement nécessaires</i> et les maladies associées seront pris en charge sur la base d'une <i>hospitalisation</i> d'une ou plusieurs journées. Nous prendrons en charge les <i>soins ambulatoires</i> uniquement si le <i>bénéficiaire</i> est couvert au titre de l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être. <p>Remarques importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les tests <i>médicalement nécessaires</i> dans le cadre d'une pandémie ou de l'éclosion de maladies infectieuses, selon les directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sur la base de <i>soins ambulatoires</i>, au titre de la prestation pathologie, radiologie et examens de diagnostic en <i>ambulatoire</i>, conformément à la couverture prévue par la <i>police d'assurance</i> pour le diagnostic d'autres maladies. 	

<p>Prestation en espèces en cas d'hospitalisation</p> <p>Par nuit, dans la limite de 30 jours par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 100 € 75 £ 65</p>
<p>Nous verseront directement un montant en espèces à un <i>bénéficiaire</i> qui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reçoit un <i>traitement</i> à l'<i>hôpital</i>, dans la mesure où il s'agit d'un traitement couvert par la présente assurance; • est admis à l'<i>hôpital</i> pour une nuitée ou plus; et • sous réserve que l'<i>hôpital</i> ne facture pas de frais pour la chambre, l'hébergement et le <i>traitement</i> au <i>bénéficiaire</i>, à toute compagnie d'assurance et/ou à toute autorité locale ou gouvernementale applicable. 	

<p>Soins intensifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • traitement intensif. • soins coronariens. • unité pour malades hautement dépendants. <p>Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les traitements administrés à un <i>bénéficiaire</i> au sein d'une <i>unité de soins intensifs</i> ou d'un établissement spécialisé dans les traitements intensifs, les traitements coronariens ou la prise en charge des malades hautement dépendants si: <ul style="list-style-type: none"> • il s'agit de l'unité la plus appropriée pour administrer le traitement requis; • les soins administrés par cette unité constituent une partie essentielle du <i>traitement</i>; et • les soins administrés par cette unité sont couramment administrés à des patients souffrant du même type de maladie ou de <i>blessure</i>, ou recevant le même type de <i>traitement</i>. 	

<p>Honoraires des chirurgiens et anesthésistes</p> <p>Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les frais ci-après engagés dans le cadre d'une <i>hospitalisation</i>, d'une ou plusieurs journées ou de <i>soins ambulatoires</i>: <ul style="list-style-type: none"> • les honoraires des chirurgiens et anesthésistes dans le cadre d'une <i>intervention chirurgicale</i>; et • les honoraires des chirurgiens et anesthésistes dans le cadre d'un <i>traitement</i> qui doit être administré immédiatement avant ou après une <i>intervention chirurgicale</i> (c'est-à-dire le jour de l'<i>intervention</i>). • Nous prendrons uniquement en charge les <i>soins ambulatoires</i> administrés avant ou après une <i>intervention chirurgicale</i> et dans la mesure où le <i>bénéficiaire</i> est couvert au titre de l'option internationale Soins ambulatoires et prestations bien-être (à moins que les soins concernés ne soient administrés dans le cadre du <i>traitement du cancer</i>). 	

<p>Consultations de spécialistes</p> <p>Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les consultations d'usage effectuées par des médecins spécialistes lors de séjours à l'hôpital, y compris les <i>soins intensifs</i> dispensés par un médecin spécialiste, et ce aussi longtemps que cela est <i>médicalement nécessaire</i>. • Nous prendrons en charge les consultations d'usage effectuées par des médecins spécialistes lors de séjours à l'hôpital lorsque le <i>bénéficiaire</i>: <ul style="list-style-type: none"> • est traité dans le cadre d'une <i>hospitalisation d'une ou plusieurs journées</i>; • subit une <i>intervention chirurgicale</i>; ou • lorsqu'il s'agit d'une consultation <i>médicalement nécessaire</i>. 	

<p>Dialyses rénales</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 5.000 € 3.700 £ 3.325</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Les <i>traitements</i> de dialyse rénale seront couverts à condition que ces <i>traitements</i> soient disponibles dans le pays d'affectation ou le <i>pays de résidence habituel du bénéficiaire</i>. Nous prendrons en charge ces traitements sur la base d'une <i>hospitalisation, d'une ou plusieurs journées, ou de soins ambulatoires</i>. • Nous ne prendrons pas en charge les traitements de dialyse rénale <i>administrés en dehors de la zone de couverture du bénéficiaire</i>, à moins que ces traitements ne soient couverts au titre de la <i>prestation Urgences</i> en dehors de la zone de couverture. 	

<p>Pathologie, radiologie et examens de diagnostic (hors Imagerie médicale avancée)</p> <p>Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque les examens sont réalisés dans le cadre d'une <i>hospitalisation d'une ou plusieurs journées</i>. • Nous prendrons en charge: <ul style="list-style-type: none"> • les analyses sanguines et urinaires; • la radiologie; • les échographies; • les électrocardiogrammes (ECG); et • les autres <i>examens de diagnostic</i>; <p>dans la mesure où ils sont <i>médicalement nécessaires</i> et recommandés par un spécialiste dans le cadre du séjour d'un <i>bénéficiaire</i> à l'hôpital pour l'administration d'un traitement dans le cadre d'une <i>hospitalisation d'une ou plusieurs journées</i>.</p> 	

<p>Imagerie médicale avancée (IRM, CT et PET)</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 2.500 € 1.850 £ 1.650</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les examens suivants s'ils sont recommandés par un spécialiste dans le cadre d'une <i>hospitalisation, d'une ou plusieurs journées</i> ou de <i>soins ambulatoires</i>: <ul style="list-style-type: none"> • imagerie par résonance magnétique (IRM); • tomodensitogrammes (CT); et/ou • tomographie par émission de positrons (PET); • Nous sommes susceptibles de vous demander un rapport médical avant la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (IRM). 	

<p>Physiothérapie et thérapies complémentaires</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 2.000 € 1.480 £ 1.330</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque les <i>traitements</i> sont administrés dans le cadre d'une <i>hospitalisation d'une ou plusieurs journées</i>. • Nous prendrons en charge les <i>traitements</i> administrés par des physiothérapeutes et des <i>praticiens de médecine complémentaire</i>; (acuponcteur, praticien de médecine chinoise) dans la mesure où ces traitements sont recommandés par un spécialiste dans le cadre d'une <i>hospitalisation d'une ou plusieurs journées ou de soins ambulatoires</i> (sous réserve qu'il ne s'agisse pas du <i>traitement</i> principal pour lequel le <i>bénéficiaire</i> séjourne à l'<i>hôpital</i>). L'acuponcteur et le praticien de médecine chinoise doivent être des professionnels qualifiés, dûment habilités à exercer dans le pays dans lequel le <i>traitement</i> est administré. 	

<p>Réadaptation</p> <p>Dans la limite de 30 jours et du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 2.000 € 1.480 £ 1.330</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les <i>traitements de réadaptation</i> (thérapie physique, ergothérapie et orthophonie) recommandés par un spécialiste et <i>médicalement nécessaires</i> après un événement aigu tel qu'une attaque ou une <i>lésion</i> de la colonne vertébrale. • Si un <i>traitement de réadaptation</i> doit être administré au sein d'un centre de <i>réadaptation</i> résidentiel, nous prendrons en charge les frais d'hébergement et de repas pour une durée maximale de 30 jours pour chaque <i>affection</i> nécessitant un <i>traitement de réadaptation</i>. Pour déterminer si la limite de 30 jours a été atteinte: <ul style="list-style-type: none"> • nous comptons chaque séjour d'une nuité durant lequel le <i>bénéficiaire</i> reçoit un <i>traitement dans le cadre d'une hospitalisation</i> comme 1 jour; et • nous comptons chaque jour durant lequel le <i>bénéficiaire</i> reçoit un traitement dans le cadre de <i>soins ambulatoires et d'une hospitalisation d'une ou plusieurs journées</i> comme 1 jour. • Sous réserve de l'obtention d'un accord préalable avant le début de tout <i>traitement</i>, nous prendrons en charge les <i>traitements de réadaptation</i> pour une durée supérieure à 30 jours s'il s'agit de <i>traitements médicalement nécessaires</i> recommandés par le médecin spécialiste traitant. <p>Remarques importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons uniquement en charge les <i>traitements de réadaptation</i> nécessaires à la suite ou en conséquence d'un <i>traitement</i> couvert au titre de la présente <i>police d'assurance</i> et débutant dans les 30 jours suivant la fin de ce <i>traitement</i> initial. • Tous les <i>traitements de réadaptation</i> doivent être approuvés par Cigna à l'avance. Nous n'approuverons que les <i>traitements de réadaptation</i> pour lesquels le médecin spécialiste traitant nous fait parvenir un rapport indiquant: <ol style="list-style-type: none"> la durée pendant laquelle le <i>bénéficiaire</i> devra séjourner à l'<i>hôpital</i>; le diagnostic; et le <i>traitement</i> que le <i>bénéficiaire</i> a reçu ou doit recevoir. 	

<p>Soins de santé mentale</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p> <p>Dans la limite de 60 jours (<i>hospitalisation</i> et <i>soins ambulatoires</i> combinés).</p> <p>Dans la limite de 30 jours (<i>hospitalisation</i> uniquement).</p>	<p>\$ 3.000</p> <p>€ 2.200</p> <p>£ 2.000</p>
<p>Nous prendrons en charge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les traitements basés sur des observations factuelles et les traitements médicalement nécessaires recommandés par un médecin. • Les traitements administrés dans le cadre d'une hospitalisation, d'une ou plusieurs journées ou de soins ambulatoires par un Psychologue et/ou un Psychiatre habilité à exercer en vertu des lois du pays concerné. • Dans la limite de 60 jours cumulés pour les soins de santé mentale administrés dans le cadre d'une hospitalisation et en ambulatoire • Dans la limite de 30 jours pour les soins de santé mentale administrés dans le cadre d'une hospitalisation <p>Remarques importantes</p> <p>Nous ne prendrons pas en charge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les interventions à visée éducative, l'orthophonie et les dispositifs visant à traiter les troubles de la parole. • Les médicaments délivrés sur ordonnance prescrits en ambulatoire pour l'une quelconque de ces conditions, sauf si vous avez souscrit l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être. • Un accord préalable est requis pour tous les traitements administrés dans le cadre d'une hospitalisation, d'une ou plusieurs journées et de soins ambulatoires . • Le traitement et le diagnostic d'addictions (en ce compris l'alcoolisme) ou les établissements spécialisés dans le traitement des addictions. 	

<p>Traitement du cancer</p> <p>Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<ul style="list-style-type: none"> • À la suite du diagnostic d'un cancer, nous prendrons en charge le traitement de ce cancer, dans la mesure où nous estimons que ce traitement constitue un traitement actif, fondé sur des observations factuelles. Sont inclus la chimiothérapie, la radiothérapie, l'oncologie, les examens de diagnostic et les médicaments, que le bénéficiaire soit traité dans le cadre d'une hospitalisation, d'une ou plusieurs journées, ou de soins ambulatoires. • Nous ne prenons pas en charge le dépistage génétique du cancer. 	

<p>Dispositifs liés au cancer</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté par <i>bénéficiaire</i>, par vie et par dispositif lié au cancer.</p>	<p>\$ 125</p> <p>€ 100</p> <p>£ 85</p>
<p>Si un <i>bénéficiaire</i> se voit diagnostiquer un cancer, nous prendrons en charge l'achat de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perruques/bandeaux pour patients atteints de cancer • Soutiens-gorge post-mastectomie pour patientes atteintes de cancer 	

<p>Soins palliatifs et centre de soins palliatifs</p> <p>Dans la limite du plafond indiqué par vie.</p>	<p>\$ 2.500</p> <p>€ 1.850</p> <p>£ 1.650</p>
<p>Nous prendrons en charge les soins palliatifs dans la mesure où le <i>bénéficiaire</i> se voit diagnostiquer une maladie incurable avec une espérance de vie inférieure à six mois, lorsqu'on ne peut plus s'attendre à ce qu'un traitement contribue à un rétablissement.</p> <p>Nous prendrons en charge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les soins à domicile; • Les soins dispensés dans le cadre d'une hospitalisation d'une ou plusieurs journées ou les soins palliatifs et l'hébergement; • Les médicaments prescrits par un médecin; et • Les soins physiques et psychologiques. 	

<p>Prothèses internes</p> <p>Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les <i>prothèses</i> internes nécessaires dans le cadre d'un <i>traitement</i> administré au <i>bénéficiaire</i>. • Par <i>prothèse</i> nous entendons: <ul style="list-style-type: none"> • un membre artificiel, une <i>prothèse</i> ou un dispositif requis dans le cadre d'une <i>intervention chirurgicale</i> ou lié à une telle <i>intervention</i>; • un dispositif artificiel ou une <i>prothèse</i> faisant partie du <i>traitement</i> dispensé immédiatement après une <i>intervention chirurgicale</i> pendant la période durant laquelle il/elle est <i>médicalement nécessaire</i>; ou • une <i>prothèse</i> ou un appareil <i>médicalement nécessaire</i> et faisant partie du processus de rétablissement à <i>court terme</i>. 	

<p>Prothèses externes</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 2.500 € 1.850 £ 1.650</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les <i>prothèses</i> externes nécessaires dans le cadre d'un <i>traitement</i> administré au <i>bénéficiaire</i> (dans la limite des plafonds précisés ci-après). • Nous prendrons en charge: <ul style="list-style-type: none"> • une <i>prothèse</i> ou un appareil faisant partie du <i>traitement</i> dispensé immédiatement après une <i>intervention chirurgicale</i> pendant la période durant laquelle il/elle est <i>médicalement nécessaire</i>; ou • une <i>prothèse</i> ou un appareil <i>médicalement nécessaire</i> et faisant partie du processus de rétablissement à <i>court terme</i>. • Nous prendrons en charge une <i>prothèse</i> externe initiale pour les <i>bénéficiaires</i> âgés de 18 ans ou plus pour chaque <i>période de couverture</i>. Nous ne remboursons pas les <i>prothèses</i> de remplacement pour les <i>bénéficiaires</i> âgés de 18 ans et plus. • Nous prendrons en charge une <i>prothèse</i> externe initiale et jusqu'à 2 <i>prothèses</i> de remplacement pour les <i>bénéficiaires</i> âgés de 17 ans et moins, pour chaque <i>période de couverture</i>. • Par <i>prothèse</i> externe, nous entendons toute partie du corps artificielle externe, telle qu'une jambe, un bras ou une main artificiel(le) qui est <i>médicalement nécessaire</i> dans le cadre d'un <i>traitement</i> administré immédiatement après une <i>intervention chirurgicale</i> ou dans le cadre du processus de rétablissement à <i>court terme</i>. 	

<p>Services d'ambulance locale</p> <p>Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque cela s'avère <i>médicalement nécessaire</i>, nous prendrons en charge le transport en ambulance locale du <i>bénéficiaire</i>: <ul style="list-style-type: none"> • entre le lieu de l'accident ou de la <i>blessure</i> et un <i>hôpital</i>; • d'un <i>hôpital</i> à un autre; ou • entre son domicile et un <i>hôpital</i>. • Nous prendrons uniquement en charge un transport en ambulance locale s'il est lié à l'administration d'un <i>traitement médicalement nécessaire</i>, qui doit être administré au <i>bénéficiaire</i> à l'<i>hôpital</i>. • La présente <i>police d'assurance</i> ne prévoit pas la prise en charge des services de secours en montagne. • La couverture des évacuations ou des rapatriements sanitaires n'est pas proposée. 	

<p>Soins dentaires d'urgence dispensés dans le cadre d'une hospitalisation</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 2.500 € 1.850 £ 1.650</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les <i>soins dentaires</i> administrés à l'hôpital à la suite d'un accident grave, sous réserve des <i>conditions</i> définies ci-après. • Nous prendrons en charge les <i>soins dentaires</i> d'urgence qui doivent être administrés à un <i>bénéficiaire</i> dans le cadre d'une <i>hospitalisation</i>, dans la mesure où ces <i>soins dentaires d'urgence</i> administrés dans le cadre d'une <i>hospitalisation</i> sont recommandés par le médecin <i>traitant</i> du fait d'une <i>urgence dentaire</i> (mais ne constituent pas le principal <i>traitement</i> pour lequel le <i>bénéficiaire</i> séjourne à l'hôpital). • Cette prestation est payée en lieu et place de toute autre prestation soins dentaires à laquelle le <i>bénéficiaire</i> pourrait prétendre dans de telles circonstances. 	

<p>Global Telehealth avec Teladoc</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>Nombre de consultations illimité</p>
<p>Pour tout problème de santé non urgent, <i>vous</i> pouvez accéder à un nombre illimité de consultations par téléphone ou visioconférence, par le biais de l'application Cigna Wellbeing ou après avoir été orienté par <i>notre</i> équipe du service clients. Sont inclus, sans toutefois s'y limiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un diagnostic pour les problèmes de santé non urgents, des troubles aigus aux maladies chroniques complexes • Le traitement de symptômes tels que la fièvre, les éruptions cutanées ou les douleurs • Des soins pédiatriques non urgents • Une aide à la préparation d'une consultation à venir • La possibilité de discuter d'un traitement médicamenteux et des éventuels effets indésirables • Des ordonnances pour les problèmes de santé courants, lorsque cela s'avère médicalement nécessaire et dans la mesure où la loi l'autorise <p>Si nécessaire, des lettres d'orientation vers des spécialistes Teladoc Global Telehealth peuvent être établies au sein même de l'application. Sont inclus, sans toutefois s'y limiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La dermatologie, la psychiatrie, la médecine interne, la gastroentérologie, la gynécologie, la pédiatrie, l'orthopédie <p>Les médecins généralistes peuvent programmer un rendez-vous avec ces spécialistes Global Telehealth dans les cinq jours suivant la première consultation.</p> <p>Remarques importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les premiers rendez-vous avec un <i>médecin</i> peuvent généralement être programmés le jour même, selon la langue choisie. • La prescription de médicaments est uniquement possible lorsque le <i>médecin</i> dispose des autorisations nécessaires dans l'État ou le pays dans lequel la police d'assurance a été souscrite. <i>Vous</i> devez avoir souscrit le module facultatif Soins ambulatoires et prestations bien-être pour bénéficier d'une couverture au titre de la prestation Médicaments et pansements prescrits en ambulatoire. • Si <i>vous</i> avez sélectionné une franchise ou une participation aux coûts pour les soins <i>ambulatoires</i>, <i>vous</i> devez vous acquitter du montant correspondant lorsque des médicaments <i>vous</i> sont prescrits. 	

Évacuation médicale

\$ 50.000

€ 37.000

£ 33.250

Transfert vers le centre d'excellence médical le plus proche si les *soins médicaux* exigés par l'état de l'*assuré* ne sont pas disponibles localement en cas d'urgence.

Si un *assuré* a besoin de *soins médicaux d'urgence*, nous prenons en charge son évacuation médicale :

- pour le transporter à l'*hôpital* le plus proche qui propose les *soins médicaux* nécessaires (même si cet *hôpital* se situe dans une autre région du pays, ou dans un autre pays) ; et
- pour le ramener à l'endroit d'où il venait, à condition que le voyage de retour n'intervienne pas plus de 14 jours après la fin des *soins médicaux*.

En ce qui concerne le voyage de retour, nous prenons en charge :

- le prix d'un billet d'avion en classe économique ; ou
- des frais de voyage raisonnables par terre ou par mer ; le montant le plus faible étant retenu.

Nous prenons en charge les frais de taxi uniquement si :

- il est médicalement préférable pour l'*assuré* de se rendre à l'aéroport en taxi, plutôt qu'en ambulance ; et
- un accord préalable a été obtenu du *service d'assistance médicale*.

Nous prenons en charge l'évacuation (mais pas le rapatriement sanitaire) si l'*assuré* a besoin d'examens diagnostics ou d'un *traitement* anticancéreux (comme une chimiothérapie) si, de l'avis de *notre service d'assistance médicale*, l'évacuation est *médicalement nécessaire* dans la situation.

Nous ne prenons en charge aucuns autres frais en rapport avec l'évacuation (tels que des frais d'hébergement).

Remarques importantes

- Si vous avez besoin de retourner à l'*hôpital* à partir duquel vous avez été évacué, pour un *traitement* de suivi, nous ne prenons pas en charge les frais de voyage ou les indemnités de frais de vie.
- Si les services d'évacuation/de rapatriement sanitaire ne sont pas organisés par nos soins, nous nous réservons le droit de ne pas en assumer le coût.

Rapatriement sanitaire	\$ 100.000 € 74.000 £ 66.500
<p>Si un assuré a besoin d'un rapatriement sanitaire suite à une <i>maladie grave</i>, un traumatisme ou une <i>intervention chirurgicale</i>, nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le retour dans son <i>pays de résidence habituelle</i> ou <i>pays de nationalité</i> ; et • le retour à l'endroit d'où il venait, à condition que le voyage de retour ait lieu pas plus de 14 jours après la fin des <i>soins médicaux</i>. <p>Le voyage susmentionné doit être approuvé au préalable par <i>notre service d'assistance médicale</i> et pour éviter toute ambiguïté, tous les frais de transport doivent être raisonnables et habituels.</p> <p>En ce qui concerne le voyage de retour, nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le prix d'un billet d'avion en classe économique ; ou • des frais de voyage raisonnables par terre ou par mer ; le montant le plus faible étant retenu. • Nous prenons en charge les frais de taxi uniquement si : • il est médicalement préférable pour l'assuré de se rendre à l'aéroport en taxi, plutôt qu'en ambulance ; et • un accord préalable a été obtenu du <i>service d'assistance médicale</i>. <p>Nous ne prenons en charge aucuns autres frais liés à un rapatriement sanitaire (tels que des frais d'hébergement).</p> <p>Remarques importantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si vous avez besoin de retourner à l'<i>hôpital</i> à partir duquel vous avez été rapatrié, pour un <i>traitement</i> de suivi, nous ne prenons pas en charge les frais de voyage ni les frais de séjour. • Si un assuré contacte le <i>service d'assistance médicale</i> pour demander une autorisation préalable pour un rapatriement sanitaire, mais que le <i>service d'assistance médicale</i> ne considère pas le rapatriement médicalement justifié, nous pouvons, à la place, organiser l'évacuation de l'assuré vers l'<i>hôpital</i> le plus proche dispensant les <i>soins médicaux</i> nécessaires. Nous rapatrions alors l'assuré vers son <i>pays de nationalité</i> spécifié ou son <i>pays de résidence habituelle</i> si son état est stable, et qu'il est médicalement justifié de le faire. • Si les services de rapatriement sanitaire ne sont pas organisés par nos soins, nous nous réservons le droit de ne pas en assumer le coût. 	

Rapatriement de la dépouille mortelle	\$ 25.000 € 18.500 £ 16.500
<p>Si un assuré décède en dehors de son <i>pays de résidence habituelle</i> pendant la <i>période de couverture</i>, le <i>service d'assistance médicale</i> organisera le retour de sa dépouille mortelle dans son <i>pays de résidence habituelle</i> ou son <i>pays de nationalité</i> dès que possible, sous réserve des conditions et restrictions des compagnies aériennes.</p> <p>Nous ne prenons pas en charge les frais associés à l'enterrement ou à la crémation, ni les frais de transport d'une personne pour récupérer ou accompagner la dépouille mortelle de l'assuré.</p> <p>Remarques importantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les services de rapatriement sanitaire ne sont pas organisés par nos soins, nous nous réservons le droit de ne pas en assumer le coût. 	

Les remarques importantes et les conditions générales suivantes s'appliquent à l'ensemble de la couverture fournie dans le cadre de l'option Evacuation médicale internationale.

Remarques importantes

Les services décrits dans cette section sont fournis ou organisés par le *service d'assistance médicale* dans le cadre de ce *contrat d'assurance*.

Les conditions suivantes s'appliquent aux évacuations et aux rapatriements médicaux d'urgence :

- toutes les évacuations et tous les rapatriements doivent être préalablement approuvés par le *service d'assistance médicale*, lequel peut être contacté par le biais de l'équipe du Service clients ;
- les *soins* pour lesquels ou à la suite desquels l'évacuation ou le rapatriement est *nécessaire* doivent être recommandés par une *infirmière qualifiée* ou un *praticien* ;
- les services d'évacuation et de rapatriement sont disponibles dans le cadre de ce *contrat* uniquement si l'*assuré* est traité (ou doit être traité) dans le cadre d'une *hospitalisation* ou de *soins de jour* ;
- les *soins* nécessitant l'évacuation ou le rapatriement doivent :
 - être des *soins* pour lesquels l'*assuré* est couvert par ce *contrat* ; et
 - ne pas être disponibles à l'endroit d'où l'*assuré* doit être évacué ou rapatrié ;
 - l'*assuré* doit déjà bénéficier de la couverture dans le cadre de l'option Évacuation médicale internationale, avant d'avoir besoin du service d'évacuation ou de rapatriement ;
 - l'*assuré* doit bénéficier de la couverture dans la *zone de couverture sélectionnée* qui inclut le pays où les *soins* seront prodigués après l'évacuation ou le rapatriement (*soins aux États-Unis* exclus, sauf si l'*assuré* a acheté l'option *Monde entier États-Unis compris*) ;
- nous prenons en charge les services d'évacuation ou de rapatriement uniquement si tous les détails de l'organisation sont préalablement approuvés par *notre service d'assistance médicale*. Avant que nous donnions *notre accord*, vous devez nous fournir toutes les informations ou preuves raisonnables que nous pourrions demander ;
- nous n'approuverons pas et ne paierons pas une évacuation ou un rapatriement si, selon notre avis raisonnable, ce n'est pas approprié ou si cela est contraire à un avis médical. Pour déterminer si une évacuation ou un rapatriement est approprié, nous nous appuyons sur les pratiques cliniques et médicales établies ;
- nous pouvons de temps à autre réviser cette couverture et nous nous réservons le droit de vous contacter pour obtenir des informations supplémentaires dans les limites du raisonnable.

Conditions générales

- Si la situation locale rend l'accès à une zone impossible, peu pratique ou excessivement dangereux, par exemple à cause d'une instabilité politique ou d'une guerre, il se peut que nous ne puissions pas organiser les services d'évacuation ou de rapatriement. Ce *contrat d'assurance* ne garantit pas que les services d'évacuation ou de rapatriement seront toujours disponibles quand ils sont demandés, même s'ils sont médicalement appropriés.
- Nous prenons en charge les frais de séjour à l'*hôpital* uniquement pendant la durée de traitement de l'*assuré*. Nous ne prenons pas en charge les frais de séjour à l'*hôpital* si le traitement de l'*assuré* est terminé mais qu'il attend un vol de retour.
- Tous les *soins médicaux* qu'un *assuré* reçoit avant ou après une évacuation ou un rapatriement sont pris en charge dans le cadre du *contrat Assurance médicale internationale* (ou de toute autre option de couverture le cas échéant) si le *traitement* est couvert par ce *contrat* et si vous avez acheté la couverture appropriée.
- Nous ne saurions être tenus responsables des retards ou de l'indisponibilité des services d'évacuation ou de rapatriement dus à de mauvaises conditions météorologiques, des problèmes techniques ou mécaniques, des conditions ou restrictions imposées par les autorités publiques, ou à tout autre facteur raisonnablement indépendant de *notre* volonté.
- Nous prenons en charge l'évacuation, le rapatriement et le transport par un tiers uniquement si le *traitement* pour lequel ou en raison duquel l'évacuation ou le rapatriement est *nécessaire* est couvert par ce *contrat d'assurance*.
- Toutes les décisions portant sur :
 - la *nécessité médicale* de l'évacuation ou du rapatriement ;
 - les moyens et le moment de l'évacuation ou du rapatriement ;
 - l'équipement et le personnel médicaux à utiliser ; et
 - la destination vers laquelle l'*assuré* doit être transporté ;sont prises par *notre équipe médicale*, après consultation des *praticiens* qui traitent l'*assuré*, en prenant en compte toutes les considérations et tous les facteurs médicaux pertinents.

<p>Franchise (divers)</p> <p>La <i>franchise</i> correspond au montant dont vous devez vous acquitter avant que l'assurance ne commence à vous rembourser.</p>	<p>\$ 0 / \$ 375 / \$ 750 / \$ 1.500 / \$ 3.000 / \$ 7.500 / \$ 10.000 € 0 / € 275 / € 550 / € 1.100 / € 2.200 / € 5.500 / € 7.400 £ 0 / £ 250 / £ 500 / £ 1.000 / £ 2.000 / £ 5.000 / £ 6.650</p>
<p>Participation aux coûts après application de la franchise et plafond des dépenses non remboursées</p> <p>La <i>participation aux coûts</i> correspond au pourcentage de chaque demande de remboursement qui n'est pas pris en charge par votre assurance.</p> <p>Le <i>plafond des dépenses non remboursées</i> correspond au montant maximum de <i>participation aux coûts</i> dont vous devez vous acquitter pour toute <i>période de couverture</i>.</p> <p>Le montant de la <i>participation aux coûts</i> est calculé après l'application de la <i>franchise</i>. Seuls les montants que vous payez du fait de votre <i>participation aux coûts</i> sont pris en compte pour le calcul du <i>plafond des dépenses non remboursées</i>.</p>	<p>Premièrement, choisissez votre participation aux coûts, en pourcentage:</p> <p>0 % / 10 % / 20 % / 30 %</p> <p>Ensuite, choisissez votre plafond des dépenses non remboursées:</p> <p>\$ 2.000 ou \$ 5.000 € 1.480 ou € 3.700 £ 1.330 ou £ 3.325</p>

Vous trouverez sur les pages suivantes la description des éventuelles prestations optionnelles que vous avez ajoutées à votre couverture de base.



Veillez consulter votre attestation d'assurance pour vérifier la couverture dont vous bénéficiez.

Soins ambulatoires et prestations bien-être

L'option Soins ambulatoires et prestations bien-être vous offre une couverture plus complète pour les soins ambulatoires qui peuvent être dispensés lorsqu'une hospitalisation d'une ou plusieurs journées n'est pas nécessaire. Les prestations incluent la prise en charge des consultations de médecins généralistes et spécialistes, des médicaments et des pansements sur ordonnance, de la physiothérapie et des séances d'ostéopathie et de chiropraxie. Authentique partenaire au service de votre santé globale, nous vous offrons également la prise en charge de nombreux tests de dépistage du cancer, examens physiques de routine pour les adultes, ainsi qu'un accès à notre programme d'aide à la gestion du quotidien et à notre programme de coaching bien-être.

Veillez noter que nous prendrons uniquement en charge les traitements d'urgence médicalement nécessaires administrés en ambulatoire au sein du service des urgences d'un hôpital à la suite d'un accident, d'une maladie soudaine et/ou d'une situation engageant le pronostic vital du patient, dans la mesure où le bénéficiaire a souscrit l'option Soins ambulatoires et prestations bien-être. Nous prendrons uniquement en charge les traitements d'urgence administrés en ambulatoire au sein d'un service d'urgence dans la limite des plafonds de prestation applicables.

LA LIMITE GLOBALE DE VOTRE ASSURANCE

Prestation maximale annuelle - par bénéficiaire et par période de couverture Sont incluses les demandes de remboursement payées au titre de l'ensemble des rubriques Soins ambulatoires et prestations bien-être.	\$ 5.000 € 3.700 £ 3.325
Consultations de médecins généralistes et spécialistes Dans la limite du plafond global présenté, par bénéficiaire et par période de couverture.	\$ 650 € 500 £ 425
<ul style="list-style-type: none">• Nous prendrons en charge les consultations ou les entretiens avec un médecin nécessaires pour diagnostiquer une maladie, ou pour organiser ou obtenir un traitement.• Nous prendrons en charge les traitements non chirurgicaux administrés en ambulatoire, lorsqu'ils sont recommandés par un spécialiste comme étant médicalement nécessaires.	

<p>Consultations Telehealth</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p> <p>Il s'agit d'un plafond de prestation combiné qui englobe la prestation Consultations de <i>médecins généralistes</i> et <i>spécialistes</i>.</p>	<p>\$ 650 € 500 £ 425</p>
<p>Dans la mesure du possible, nous vous recommandons d'accéder aux consultations Telehealth via l'application Cigna Wellbeing™, ou par l'intermédiaire du service clients avec Teladoc. Lorsque des consultations virtuelles ne sont pas disponibles via Teladoc, nous prendrons en charge la consultation par téléphone ou visioconférence d'un <i>médecin généraliste</i> ou d'un <i>spécialiste</i> dans le but d'évaluer l'état de santé d'un <i>bénéficiaire</i>, d'établir un diagnostic, de prescrire un traitement, d'informer ou de contribuer à la gestion des soins.</p> <p>Les consultations d'un professionnel de santé via Telehealth se limitent à:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 séance initiale; et • 2 séances de suivi <p>Toute séance supplémentaire doit être préalablement approuvée et un rapport médical doit être fourni par le <i>médecin</i> traitant. Ce rapport médical doit inclure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'évolution de l'état du patient • l'objectif du traitement • le programme de traitement et le nombre estimé de séances supplémentaires requises. <p>Remarques importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les frais liés à l'utilisation du service Telehealth ne devraient pas excéder le coût d'une consultation équivalente réalisée en face à face. Les frais jugés excessifs, déraisonnables ou inhabituels ne seront pas pris en charge ou seront partiellement remboursés. • Cette prestation est limitée au plafond de prestation combiné applicable à la prestation Consultations de <i>médecins généralistes</i> et <i>spécialistes</i>. 	

<p>Pathologie, radiologie et examens de diagnostic (hors Imagerie médicale avancée)</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 1.000 € 740 £ 665</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les tests suivants s'ils sont recommandés par un spécialiste comme étant <i>médicalement nécessaires</i> dans le cadre d'un <i>traitement</i> administré au <i>bénéficiaire</i> en <i>ambulatoire</i>: <ul style="list-style-type: none"> • les analyses sanguines et urinaires; • la radiologie; • les échographies; • les électrocardiogrammes (ECG); et • les autres <i>examens de diagnostic</i> (hors Imagerie médicale avancée). <p>Remarque importante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les tests <i>médicalement nécessaires</i> dans le cadre d'une pandémie ou de l'écllosion de maladies infectieuses, selon les directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). 	

<p>Physiothérapie/kinésithérapie</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 1.000 € 740 £ 665</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les séances de physiothérapie administrées en <i>ambulatoire</i> si elles sont <i>médicalement nécessaires</i>, à visée réparatrice, et ont pour objectif de vous aider à mener vos activités quotidiennes habituelles. Ces séances doivent être administrées par un praticien qualifié et dûment habilité à exercer dans le pays dans lequel le <i>traitement</i> est administré. Sont exclus tous les <i>traitements</i> liés à la médecine du sport. • Nous vous demanderons de nous faire parvenir un rapport médical ainsi qu'un programme de <i>traitement</i> avant de pouvoir vous donner notre accord. 	

<p>Ostéopathie et chiropraxie</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 650 € 500 £ 425</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les séances de chiropraxie ou d'ostéopathie qui constituent un <i>traitement fondé sur des observations factuelles, médicalement nécessaire</i> et recommandé par un médecin spécialiste traitant, dans la mesure où un <i>médecin</i> recommande un tel <i>traitement</i> et oriente le patient. Ces séances doivent être administrées par un praticien qualifié et dûment habilité à exercer dans le pays dans lequel le <i>traitement</i> est administré. Sont exclus tous les <i>traitements</i> liés à la médecine du sport. • Nous vous demanderons de nous faire parvenir un rapport médical ainsi qu'un programme de <i>traitement</i> avant de pouvoir vous donner notre accord. 	
<p>Acupuncture et médecine chinoise</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 650 € 500 £ 425</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les consultations auprès d'un acupuncteur et d'un praticien de médecine chinoise, dans la mesure où de tels <i>traitements</i> sont recommandés par un <i>médecin</i>. Ces séances doivent être administrées par un praticien qualifié et dûment habilité à exercer dans le pays dans lequel le <i>traitement</i> est administré. • Nous vous demanderons de nous faire parvenir un rapport médical ainsi qu'un programme de <i>traitement</i> avant de pouvoir vous donner notre accord. 	
<p>Médicaments et pansements sur ordonnance</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 500 € 370 £ 330</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge les médicaments et pansements prescrits par un <i>médecin</i> en <i>ambulatoire</i>. <p>Remarque importante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médicaments prescrits par un <i>médecin</i> aux <i>États-Unis</i> et/ou délivrés par une pharmacie aux <i>États-Unis</i> sont soumis à notre liste répertoriant les <i>médicaments délivrés sur ordonnance</i>. 	
<p>Location d'équipement médical durable</p> <p>Dans la limite de 45 jours et du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 1.500 € 1.100 £ 1.000</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge la location d'équipement médical durable dans la limite de 45 jours par <i>période de couverture</i>, dans la mesure où un tel équipement est recommandé par un spécialiste à l'appui d'un <i>traitement administré au bénéficiaire</i>. • Nous prendrons uniquement en charge la location d'équipement médical durable qui: <ul style="list-style-type: none"> • n'est pas jetable et peut être utilisé plusieurs fois; • est utilisé à des fins médicales; • est adapté à une utilisation au domicile; et • est habituellement uniquement utilisé par une personne souffrant des effets d'une maladie ou d'une <i>blessure</i>. 	
<p>Vaccins pour adultes</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 250 € 185 £ 165</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge certaines vaccinations et immunisations cliniquement appropriées. 	

<p>Soins dentaires suite à un accident</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 500 € 370 £ 330</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Si un <i>bénéficiaire</i> doit obtenir des soins dentaires à la suite de blessures subies dans le cadre d'un accident, <i>nous</i> prendrons en charge <i>les soins dentaires ambulatoires</i> administrés à toute dent naturelle saine endommagée ou affectée lors de l'accident, sous réserve que le <i>traitement</i> débute immédiatement après l'accident et soit terminé dans un délai de 30 jours à compter de la date de l'accident. • Pour pouvoir approuver ce <i>traitement</i>, <i>nous</i> devons obtenir la confirmation par le <i>dentiste</i> traitant <i>du bénéficiaire</i> des éléments suivants: <ul style="list-style-type: none"> • la date de l'accident; et • le fait que la ou les dents concernées par le <i>traitement</i> proposé sont des dents naturelles saines. • <i>Nous</i> prendrons en charge ce <i>traitement</i> à la place de tout autre <i>traitement dentaire</i> auquel le <i>bénéficiaire</i> peut prétendre au titre de la présente <i>police d'assurance</i>, lorsqu'un <i>traitement</i> doit être administré à la suite de dommages causés par un accident à une ou des dents naturelles. • <i>Nous</i> ne prendrons pas en charge la réparation ou la fourniture d'implants dentaires, de couronnes ou de prothèses amovibles au titre de cette partie de la <i>police d'assurance</i>. 	

<p>Examens santé et bien-être des enfants</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 1.000 € 740 £ 665</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pris en charge pour les enfants aux <i>intervalles d'âges appropriés</i>, jusqu'à l'âge de 6 ans. • <i>Nous</i> prendrons en charge les examens de santé de routine pour les enfants aux <i>intervalles d'âge appropriés</i>, dans la mesure où ils sont réalisés par un <i>médecin</i> dans le cadre de soins préventifs impliquant: <ul style="list-style-type: none"> • l'évaluation des antécédents médicaux; • les examens physiques; • l'évaluation du développement; • les conseils préventifs; et • les vaccins et analyses en laboratoires pertinents; pour les enfants âgés de 6 ans et moins. <p><i>Nous</i> prendrons en charge l consultation auprès d'un <i>médecin</i> à chaque <i>intervalle d'âges approprié</i> (dans la limite de 13 consultations au total pour chaque enfant) pour des services de soins préventifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En outre, <i>nous</i> prendrons en charge: <ul style="list-style-type: none"> • l bilan de santé lors de l'entrée à l'école pour évaluer la croissance, l'audition et la vision, pour chaque enfant de 6 ans ou moins; et • le dépistage de la rétinopathie diabétique pour les enfants de plus de 12 ans atteints de diabète. 	

<p>Vaccins pour les enfants</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>\$ 1.000 € 740 £ 665</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nous</i> prendrons en charge certaines vaccinations et immunisations cliniquement appropriées pour les enfants âgés de 17 ans ou moins. 	

<p>Examen oculaire et test auditif annuels pour les enfants âgés de 15 ans et moins</p> <p>Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nous</i> prendrons en charge les examens de routine suivants pour les enfants âgés de 15 ans ou moins: <ul style="list-style-type: none"> • l examen oculaire; et • l test de l'audition. 	

VOS PRESTATIONS BIEN-ÊTRE

Programme d'aide à la gestion du quotidien	Inclus
<p>Notre programme d'aide à la gestion du quotidien est disponible 24h/24, 7j/7, toute l'année. Vous pouvez ainsi bénéficier d'un soutien gratuit et confidentiel pour tout problème d'ordre professionnel, personnel ou familial qui vous tient à cœur, au moment qui vous convient.</p> <p>Vous pourrez accéder aux services et aux outils suivants:</p> <p>Soutien de courte durée:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à 6 séances de conseils par téléphone, visioconférence ou en face à face, pour chaque problème et chaque <i>période de couverture</i>. Les domaines d'intervention courants incluent la gestion de l'anxiété et de la dépression, la communication au sein du couple et les relations familiales, le deuil, et plus encore. <p>Santé comportementale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à 6 séances avec un coach spécifiquement formé à la pratique de la pleine conscience pour chaque <i>période de couverture</i>. Ce service s'adresse particulièrement aux personnes confrontées à une situation de stress et à des difficultés de concentration. • Un programme de thérapie comportementale cognitive (CBT) en ligne et en libre-service qui vous permettra de traiter des troubles légers ou modérés tels que l'anxiété, le stress et la dépression, avec un accès illimité au programme pendant 6 mois. <p>Aide au développement professionnel et soutien sur le lieu de travail:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séances de coaching personnel par téléphone pour vous aider dans le cadre de votre développement professionnel et de l'évolution de votre carrière. • Des séances de conseils par téléphone dédiées aux responsables qui souhaitent renforcer leurs compétences en gestion de personnel. <p>Besoins pratiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien téléphonique illimité, instantané, pour une aide en direct. • Un service d'orientation vers des ressources soigneusement sélectionnées pour vous aider à faire face aux problèmes du quotidien, tels que les aspects logistiques liés à un déménagement, la garde des enfants ou des soins aux personnes âgées, les services juridiques ou financiers. <p>Veillez contacter le service clients si vous désirez utiliser ce service. Ce service est fourni par notre prestataire de services de conseils privilégié.</p>	

Coaching bien-être	Inclus
<p>Nous vous attribuerons votre propre coach bien-être personnel qualifié, spécialement formé à l'instauration de changements qui affectent la santé. Il vous aidera à identifier un objectif bien-être spécifique qui vous tient à cœur et à élaborer un programme bien-être axé autour de l'un des domaines clés suivants: gestion du poids, alimentation saine, activité physique, sommeil, gestion du stress et arrêt du tabac.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous pourrez bénéficier de 6 séances confidentielles de coaching pour chaque domaine d'intervention et chaque <i>période de couverture</i> avec votre propre coach, qui vous aidera à élaborer votre stratégie et à renforcer votre motivation pour atteindre votre objectif bien-être. • Vous recevrez le soutien de votre coach personnel par le biais de conseils et de recommandations que vous pourrez mettre en pratique entre vos différentes séances de coaching afin de garantir la mise en place de changements durables. <p>Ces séances de coaching sont délivrées via des appels téléphoniques ou vidéo, vous pourrez en profiter sans quitter le confort de votre foyer et les programmer aux heures qui vous conviennent, en fonction de votre fuseau horaire et de la langue de votre choix. Veuillez noter qu'il s'agit d'un service confidentiel.</p> <p>Veillez contacter le service clients si vous désirez utiliser ce service. Ce service est fourni par notre prestataire de services de conseils privilégié.</p>	

Examen physique de routine pour adulte	\$ 100 € 75 £ 65
<p>Dans la limite du plafond global présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge l'examen physique de routine pour adulte (couvrant notamment: la taille, le poids, les analyses sanguines et urinaires, la tension artérielle, la fonction pulmonaire, etc.) pour les assurés de 18 ans et plus. 	

<p>Dépistage du cancer du col de l'utérus</p> <p>Dans la limite applicable à chaque examen et du plafond global combiné présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge 1 test dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis) pour les <i>bénéficiaires</i> de sexe féminin. 	
<p>Dépistage du cancer de la prostate</p> <p>Dans la limite applicable à chaque examen et du plafond global combiné présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge un examen de la prostate (test PSA) pour les <i>bénéficiaires</i> de sexe masculin âgés de 50 ans et plus. 	
<p>Dépistage du cancer du sein</p> <p>Dans la limite applicable à chaque examen et du plafond global combiné présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge: <ul style="list-style-type: none"> • De 35 à 39 ans: 1 mammographie de référence pour les femmes asymptomatiques. • De 40 à 49 ans: 1 mammographie pour les femmes asymptomatiques tous les 2 ans. • 50 ans et plus: 1 mammographie tous les ans. 	
<p>Dépistage du cancer des intestins</p> <p>Dans la limite applicable à chaque examen et du plafond global combiné présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge 1 test de dépistage du cancer des intestins pour les <i>bénéficiaires</i> de 50 ans et plus. 	<p>Plafond applicable à chaque examen</p> <p>\$ 225</p> <p>€ 165</p> <p>£ 150</p>
<p>Dépistage du cancer de la peau</p> <p>Dans la limite applicable à chaque examen et du plafond global combiné présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge un examen de dépistage du cancer de la peau pour les hommes et les femmes âgés de 18 ans et plus. 	<p>Plafond combiné:</p> <p>\$ 400</p> <p>€ 300</p> <p>£ 260</p>
<p>Dépistage du cancer du poumon</p> <p>Dans la limite applicable à chaque examen et du plafond global combiné présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge 1 examen de dépistage du cancer du poumon pour les hommes et les femmes âgés de 45 ans et plus qui fument actuellement ou ont fumé par le passé. 	
<p>Ostéodensitométrie</p> <p>Dans la limite applicable à chaque examen et du plafond global combiné présenté, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nous prendrons en charge 1 examen visant à déterminer la densité osseuse d'un <i>bénéficiaire</i>, lorsque cela s'avère <i>médicalement nécessaire</i>. 	

<p>Franchise (divers)</p> <p>La <i>franchise</i> correspond au montant dont vous devez vous acquitter avant que l'assurance ne commence à vous rembourser.</p>	<p>\$ 0 / \$ 150 / \$ 500 / \$ 1.000 / \$ 1.500 € 0 / € 110 / € 370 / € 700 / € 1.100 £ 0 / £ 100 / £ 335 / £ 600 / £ 1.000</p>
<p>Participation aux coûts après application de la franchise et plafond des dépenses non remboursées</p> <p>La <i>participation aux coûts</i> correspond au pourcentage de chaque demande de remboursement qui n'est pas pris en charge par votre assurance.</p> <p>Le <i>plafond des dépenses non remboursées</i> correspond au montant maximum de <i>participation aux coûts</i> dont vous devez vous acquitter pour toute période de couverture.</p> <p>Le montant de la <i>participation aux coûts</i> est calculé après l'application de la <i>franchise</i>. Seuls les montants que vous payez du fait de votre <i>participation aux coûts</i> sont pris en compte pour le calcul du <i>plafond des dépenses non remboursées</i>.</p>	<p>Choisissez votre participation aux coûts, en pourcentage:</p> <p>0 % / 10 % / 20 % / 30 %</p> <p>et votre plafond des dépenses non remboursées est de:</p> <p>\$ 3.000 € 2.200 £ 2.000</p>

Soins et traitements dentaires

Préservez votre santé bucco-dentaire grâce à l'option Soins et traitements dentaires. Cette option vous offre la prise en charge d'un vaste éventail de soins dentaires préventifs, de routine ou majeurs.

LA LIMITE GLOBALE DE VOTRE ASSURANCE

Prestation maximale annuelle - par bénéficiaire et par période de couverture.	\$ 750 € 550 £ 500
Soins dentaires préventifs Lorsque le <i>bénéficiaire</i> a été couvert par cette option pendant 3 mois. Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i> .	Remboursement intégral
<ul style="list-style-type: none">• Nous prendrons en charge les soins dentaires préventifs ci-après, dans la mesure où ils sont recommandés par un <i>dentiste</i> et au terme d'une période d'au moins 3 mois durant laquelle le <i>bénéficiaire</i> était couvert par l'option Soins et traitements dentaires:<ul style="list-style-type: none">• 2 bilans dentaires par <i>période de couverture</i>;• radiologie (rayons X), y compris, une radio interproximale, avec vue unique, et une radio panoramique;• détartrage et polissage et <i>application</i> de fluorure topique lorsque cela s'avère nécessaire (2 consultations par <i>période de couverture</i>);• 1 protection dentaire par <i>période de couverture</i>;• 1 protection dentaire de nuit par <i>période de couverture</i>; et• produit de scellement pour fissure.	
Soins dentaires de routine Lorsque le <i>bénéficiaire</i> a été couvert par cette option pendant 3 mois. Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i> .	Remboursé à 80 % par période de couverture
<ul style="list-style-type: none">• Nous prendrons en charge les frais de <i>traitement</i> liés aux soins dentaires de routine ci-après au terme d'une période d'au moins 3 mois durant laquelle le <i>bénéficiaire</i> était couvert par l'option Soins et traitements dentaires (dans la mesure où ce <i>traitement</i> est nécessaire pour préserver la santé bucco-dentaire du <i>bénéficiaire</i> et a été recommandé par un <i>dentiste</i>):<ul style="list-style-type: none">• <i>traitement</i> canalaire;• extractions;• interventions chirurgicales;• <i>traitements</i> occasionnels;• anesthésies; et• <i>traitement</i> parodontal.	
Soins dentaires conservateurs majeurs Lorsque le <i>bénéficiaire</i> a été couvert par cette option pendant 12 mois. Dans la limite de la prestation maximale annuelle, par <i>bénéficiaire</i> et par <i>période de couverture</i> .	Remboursé à 70 % par période de couverture
<ul style="list-style-type: none">• Nous prendrons en charge les frais de <i>traitement</i> liés aux soins dentaires conservateurs majeurs ci-après, au terme d'une période d'au moins 12 mois durant laquelle le <i>bénéficiaire</i> était couvert par l'option Soins et traitements dentaires:<ul style="list-style-type: none">• prothèses dentaires (acrylique/synthétique, métal et métal/acrylique);• couronnes;• inlays; et• pose d'implants dentaires.• Si un <i>bénéficiaire</i> a besoin de soins dentaires conservateurs majeurs avant la fin de la période de 12 mois durant laquelle il était couvert par l'option Soins et traitements dentaires, nous prendrons en charge 50% du coût du <i>traitement</i>.	

Exclusions applicables aux soins dentaires

Les exclusions ci-après s'appliquent aux soins dentaires, aux côtés de celles décrites dans les autres rubriques de la présente *police d'assurance* et de celles figurant sur votre *attestation d'assurance*.

Nous ne prendrons pas en charge:

- Les *traitements* à visée purement *esthétique*, ou les autres *traitements* qui ne sont pas nécessaires pour préserver ou améliorer la santé bucco-dentaire.
- Le remplacement de tout appareil dentaire perdu ou volé, ou les *traitements associés*.
- Le remplacement d'un *bridge*, d'une *couronne* ou d'une *prothèse dentaire amovible* qui (selon l'avis raisonnable d'un *dentiste* aux aptitudes et compétences ordinaires dans le pays de *résidence habituel du bénéficiaire*) est ou peut être rendu(e) utilisable.
- Le remplacement d'un *bridge*, d'une *couronne* ou d'une *prothèse dentaire amovible* dans les cinq (5) ans suivant la pose initiale, sauf si:
 - l'appareil se trouvait dans la bouche et a été endommagé de façon irréparable à la suite d'une *lésion* dentaire dont a été victime le *bénéficiaire* alors qu'il était couvert par la présente *police d'assurance*;
 - le remplacement est requis du fait de la nécessité pour le *bénéficiaire* de subir l'extraction d'une ou plusieurs dents naturelles saines; ou
 - le remplacement est nécessaire du fait de la pose d'une *prothèse dentaire amovible complète* d'origine sur la mâchoire opposée.
- Les *facettes* en *céramique* ou en *acrylique*.
- Les *couronnes* ou les *pontiques* posés sur ou remplaçant les premières, deuxième et troisième molaires supérieures et inférieures à moins:
 - qu'il s'agisse de *couronnes* ou *pontiques céramo-métalliques* ou constitués de *métal pur* (par exemple une *couronne* en alliage d'or); ou
 - une *couronne* ou un *pontique temporaire* est nécessaire dans le cadre de soins dentaires de routine ou d'un *traitement dentaire administré en urgence*.
- Les *traitements*, les interventions et le matériel expérimentaux ou qui ne répondent pas aux normes dentaires généralement acceptées.
- Les *traitements associés* à des *implants dentaires* et liés directement ou indirectement à:
 - un échec de l'intégration de l'*implant*;
 - un échec de l'*ostéointégration*;
 - une *péri-implantite*;
 - un remplacement de *couronnes*, de *bridges* ou de *prothèses dentaires amovibles*; ou
 - un *accident* ou un *traitement d'urgence* y compris s'il se rapporte à une *prothèse*.
- Les instructions en matière de contrôle de la plaque dentaire, d'hygiène bucco-dentaire et d'alimentation.
- Les services et les équipements, en ce compris sans toutefois s'y limiter, les bains de bouche, brosses à dents et dentifrices.
- Les *traitements médicaux administrés à l'hôpital* par un *stomatologue* peuvent être pris en charge au titre de votre *couverture de base* et/ou de l'option *Soins ambulatoires* et prestations bien-être si vous l'avez souscrite, sauf si les *traitements dentaires* sont la raison pour laquelle vous avez été admis à l'*hôpital*.
- Les empreintes dentaires, les attaches de précision ou de semi-précision.
- Tout *traitement*, toute procédure, tout appareil ou toute restauration (à l'exception des *prothèses complètes*) dont l'objectif principal est de:
 - modifier les dimensions verticales;
 - diagnostiquer ou traiter les *affections* ou dysfonctionnements de l'articulation temporomandibulaire;
 - stabiliser les dents impliquées dans une infection periodontale; ou
 - restaurer une occlusion.



**Vous aider à améliorer
votre santé, votre
bien-être et votre
tranquillité d'esprit.**

Vous souhaitez nous contacter?

Si vous avez des questions concernant votre police d'assurance, si vous devez obtenir un accord préalable pour un traitement, ou pour toute autre raison, veuillez contacter notre équipe du service clients disponible 24h/24, 7j/7, toute l'année.



RENDEZ-VOUS DANS VOTRE ESPACE CLIENT

Contactez-nous par messagerie instantanée
Envoyez-nous un message
Demandez à être rappelé



Vous pouvez aussi envoyer un e-mail à l'adresse:
cignaglobal_customer.care@cigna.com



CONTACTEZ-NOUS PAR TÉLÉPHONE

International: **+44 (0) 1475 788 182**
États-Unis: **800 835 7677** (numéro gratuit)
Hong Kong: **2297 5210** (numéro gratuit)
Singapour: **800 186 5047** (numéro gratuit)

Des informations concernant la société Cigna qui administre votre couverture au titre de votre police d'assurance sont disponibles dans votre document intitulé Règles relatives à la police d'assurance et sur votre attestation d'assurance.

Pour les polices souscrites par le biais de notre bureau de Dubai International Finance Centre, sous la licence d'assurance Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited qui est contrôlé par l'Administration des Services Financiers de Dubaï agit en qualité de souscripteur.

Cigna Healthcare est le marque de service déposée de Cigna Intellectual Property, Inc., pouvant être utilisées sous licence par The Cigna Group et ses filiales d'exploitation. Tous les produits et services sont fournis par ces filiales d'exploitation ou par leur intermédiaire, et non pas par Cigna Corporation. Ces filiales d'exploitation incluent Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. et Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2023 Cigna Healthcare

200593 Cigna Close CareSM Customer Guide FR 09/2023