

# Tableau des garanties

## Contrats individuels

Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016

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

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



# TROLSON

## Formules Hospitalisation

Garanties Hospitalisation	Pack Premium	Pack Confort
Plafond global en EUR (€)	3 000 000 €	1 500 000 €
<b>Garanties hospitalières<sup>1</sup> - voir la note 2 sur l'entente préalable pour plus d'informations</b>		
Chambre d'hôpital <sup>1</sup>	Chambre particulière jusqu'à 350 € par jour, 45 jours max. Chambre semi-privée 100% des frais réels	Chambre semi-privée 100% des frais réels
Soins intensifs <sup>1</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Médicaments soumis à prescription médicale et matériel <sup>1</sup> (hospitalisation et soins de jour uniquement) (médicaments pour lesquels une ordonnance délivrée par un médecin est légalement nécessaire pour l'achat)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Chirurgie, incluant anesthésie et bloc opératoire <sup>1</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Médecin et thérapeute <sup>1</sup> (hospitalisation et soins de jour uniquement)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Appareils et matériel chirurgicaux <sup>1</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Analyses et examens médicaux <sup>1</sup> (hospitalisation et soins de jour uniquement)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Greffe d'organe <sup>1</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Psychiatrie et psychothérapie <sup>1</sup> (hospitalisation et soins de jour uniquement) (délai de carence de 10 mois)	10 000 €	8 000 €
Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré de moins de 18 ans à l'hôpital <sup>1</sup>	50 € par jour max.	50 € par jour max.
Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation	100 % des frais réels	100 % des frais réels
<b>Autres garanties - voir la note 2 sur l'entente préalable pour plus d'informations</b>		
Hospitalisation de jour <sup>2</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Dialyse rénale <sup>2</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Chirurgie ambulatoire <sup>2</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels
		Suite au verso

Garanties Hospitalisation (suite)	Pack Premium	Pack Confort
Soins à domicile ou dans un centre de convalescence <sup>2</sup> (immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation)	100 % des frais réels	4 250 €
Rééducation <sup>2</sup> (hospitalisation, soins de jour et médecine courante : doit commencer dans les 14 jours suivant la sortie d'hôpital après la fin d'un traitement médical/chirurgical pour une pathologie ou problème de santé aigu(ë))	100 % des frais réels	4 250 €
Transport local en ambulance	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture (pour des déplacements d'une durée maximum de six semaines)	100 % des frais réels, 42 jours max.	100 % des frais réels, 42 jours max.
Scanographie et IRM (hospitalisation et médecine courante)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Tomographie <sup>2</sup> et scanographie-tomographie <sup>2</sup> (hospitalisation et médecine courante)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Oncologie <sup>2</sup> (hospitalisation, soins de jour et médecine courante)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
- Achat d'une perruque	200 € durant la vie de l'assuré	200 € durant la vie de l'assuré
Maternité <sup>2</sup> (hospitalisation et médecine courante) (délai de carence de 10 mois)	} 7 000 € par grossesse	5 000 € par grossesse
Complications de grossesse et à l'accouchement <sup>2</sup> (hospitalisation et médecine courante) (délai de carence de 10 mois)		
Traitement de la stérilité <sup>2</sup> (délai de carence de 18 mois)		
Accouchement à domicile	1 000 €	1 000 €
Correction visuelle au laser (limité à un traitement au cours de la vie de l'assuré)	1 500 € durant la vie de l'assuré	1 000 € durant la vie de l'assuré
Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation (par nuit) (en cas de gratuité du traitement)	150 €, 25 nuits max.	150 €, 25 nuits max.
Soins d'urgence sans hospitalisation (en cas de dépassement du plafond, les frais supplémentaires seront éventuellement pris en charge dans le cadre d'une formule Médecine Courante)	750 €	750 €
Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation (en cas de dépassement du plafond, les frais supplémentaires seront éventuellement pris en charge dans le cadre d'une formule dentaire)	750 €	750 €
Soins palliatifs <sup>2</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Soins de longue durée <sup>2</sup>	100 % des frais réels, 90 jours max. durant la vie de l'assuré	100 % des frais réels, 90 jours max. durant la vie de l'assuré

## Formules Médecine Courante

OPTIONNEL

Les formules Médecine Courante suivantes peuvent être achetées avec une formule Hospitalisation. Elles ne peuvent être achetées séparément.

Garanties Médecine Courante	Pack Premium			Pack Confort		
Plafond global	Aucun plafond			25 000 €		
Garanties Médecine Courante	Pack Premium 80	Pack Premium 90	Pack Premium 100	Pack Confort 80	Pack Confort 90	Pack Confort 100
Médecins généralistes et spécialistes	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels
Médicaments soumis à prescription médicale (médicaments pour lesquels une ordonnance délivrée par un médecin est légalement nécessaire pour l'achat)	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels
Médicaments sans ordonnance	80 % des frais réels, 50 € max.	90 % des frais réels, 50 € max.	50 €	Non proposé	Non proposé	Non proposé
Soins infirmiers prescrits	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels
Analyses et examens médicaux	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels
Vaccinations	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels
Chiropraxie, ostéopathie, homéopathie, médecine traditionnelle chinoise, acuponcture et podologie (12 séances max. par pathologie pour la chiropraxie et 12 séances max. par pathologie pour l'ostéopathie, dans la limite du plafond de garantie)	80 % des frais réels, 50 € max. par séance	90 % des frais réels, 50 € max. par séance	100 % des frais réels, 50 € max. par séance	Non proposé	Non proposé	Non proposé

Suite au verso

Garanties Médecine Courante (suite)	Pack Premium			Pack Confort		
Plafond global	Aucun plafond			25 000 €		
Garanties Médecine Courante	Pack Premium 80	Pack Premium 90	Pack Premium 100	Pack Confort 80	Pack Confort 90	Pack Confort 100
Kinésithérapie prescrite (12 séances max. par pathologie. Cette limite s'applique également lorsque les séances prescrites et non-prescrites sont combinées)	80 % des frais réels 1 000 € max.	90 % des frais réels 1 000 € max.	1 000 €	80 % des frais réels 1 000 € max.	90 % des frais réels 1 000 € max.	1 000 €
- Kinésithérapie non prescrite	5 séances	5 séances	5 séances	5 séances	5 séances	5 séances
Séances prescrites d'orthoptie et d'ergothérapie <sup>2</sup>	80 % des frais réels, 1 000 € max.	90 % des frais réels, 1 000 € max.	1 000 €	80 % des frais réels, 1 000 € max.	90 % des frais réels, 1 000 € max.	1 000 €
Orthophonie prescrite	80 % des frais réels, 500 € max.	90 % des frais réels, 500 € max.	500 €	80 % des frais réels, 500 € max.	90 % des frais réels, 500 € max.	500 €
Bilan de santé et bien-être, y compris les examens de dépistage de maladies Ces bilans se limitent aux examens suivants :	80 % des frais réels, 1 200 € max.	90 % des frais réels, 1 200 € max.	1 200 €	80 % des frais réels, 400 € max	90 % des frais réels, 400 € max	400 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen physique</li> <li>Prise de sang (formule sanguine complète, analyse biochimique, bilan lipidique, fonction thyroïdienne, fonction hépatique, fonction rénale)</li> <li>Examen cardio-vasculaire (examen physique, électrocardiogramme, tension artérielle)</li> <li>Examen neurologique (examen physique)</li> <li>Dépistage de cancer <ul style="list-style-type: none"> <li>Frottis cervico-utérin annuel</li> <li>Mammographie (tous les deux ans pour les femmes de plus de 45 ans, ou moins si antécédents familiaux)</li> <li>Examen de la prostate (tous les ans pour les hommes de plus de 50 ans, ou moins si antécédents familiaux)</li> <li>Coloscopie (tous les cinq ans pour les assurés de plus de 50 ans, ou de plus de 40 ans en cas d'antécédents familiaux)</li> <li>Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles</li> </ul> </li> <li>Ostéodensitométrie (tous les cinq ans pour les femmes de plus de 50 ans)</li> <li>Bilan de santé pour enfant (pour un enfant dont l'âge n'excède pas six ans et limité à 15 visites durant la vie de l'assuré)</li> </ul>						
Psychiatrie et psychothérapie (délai de carence de 18 mois)	80 % des frais réels, 10 séances max.	90 % des frais réels, 10 séances max.	10 séances	Non proposé	Non proposé	Non proposé
Equipement médical prescrit	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels	80 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels
Lunettes et lentilles de contact prescrites	80 % des frais réels, 550 € max.	90 % des frais réels, 550 € max.	550 €	Non proposé	Non proposé	Non proposé

## Formules Dentaires

OPTIONNEL

Les formules dentaires suivantes peuvent être achetées avec une formule Hospitalisation. Elles ne peuvent être achetées séparément.

Garanties dentaires	Pack Premium	Pack Confort
Soins et chirurgie dentaire	2 500 €	1 500 €
Périodontie	2 300 €	1 400 €
Traitement orthodontique (trois ans/six semestres max.)	1 700 €	1 000 €
Prothèses dentaires	3 250 €	2 100 €
- Plafond par dent	550 €	325 €

# Formule Evacuation et Rapatriement

OPTIONNEL

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

Garanties Evacuation et Rapatriement	Pack Premium et Pack Confort
Evacuation médicale/rapatriement <sup>2</sup> <ul style="list-style-type: none"><li>Lorsque le traitement nécessaire n'est pas disponible localement, l'assuré pourra choisir d'être rapatrié dans son pays d'origine au lieu du centre médical adéquat le plus proche<sup>2</sup></li><li>Lorsqu'un traitement continu est requis, nous prendrons en charge les frais raisonnables d'hébergement en hôtel<sup>2</sup></li><li>Evacuation/rapatriement en cas d'indisponibilité de sang testé de façon adéquate<sup>2</sup></li><li>Suite à la sortie d'hôpital après des soins hospitaliers, si la nécessité médicale empêche le retour immédiat, nous prendrons en charge les frais raisonnables d'hébergement en hôtel<sup>2</sup></li></ul>	100 % des frais réels
Frais d'une personne accompagnant un assuré évacué/rapatrié <sup>2</sup>	3 000 €
Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/rapatriement <sup>2</sup>	2 000 €
Rapatriement du corps <sup>2</sup>	10 000 €
Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps <sup>2</sup>	2 000 € par événement
Frais de transport des assurés pour se rendre auprès d'un membre de la famille qui est en danger de mort ou décédé	1 500 € pour toute la vie

## Notes



### 1. Zone de couverture

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



### 2. Entente préalable

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

- Ensemble des garanties hospitalières répertoriées<sup>1</sup>
- Traitement de la stérilité<sup>2</sup>
- Dialyse rénale<sup>2</sup>
- Hospitalisation de jour<sup>2</sup>
- Chirurgie ambulatoire<sup>2</sup>
- IRM (imagerie par résonance magnétique). Pour un règlement direct au prestataire médical, une entente préalable peut être requise pour ces examens.
- Tomographie<sup>2</sup> (par émission de positons) et scanographie-tomographie<sup>2</sup>
- Soins à domicile ou dans un centre de convalescence<sup>2</sup>
- Maternité<sup>2</sup>, et complications de grossesse et à l'accouchement<sup>2</sup> (en hospitalisation uniquement)

- Oncologie<sup>2</sup> (hospitalisation et soins de jour uniquement)
- Ergothérapie<sup>2</sup> (médecine courante uniquement)
- Rééducation<sup>2</sup>
- Evacuation médicale<sup>2</sup> (ou rapatriement si couvert)
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/rapatriement<sup>2</sup>
- Rapatriement du corps<sup>2</sup>
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps<sup>2</sup>
- Frais d'une personne accompagnant un assuré évacué ou rapatrié<sup>2</sup>
- Soins palliatifs<sup>2</sup>
- Soins de longue durée<sup>2</sup>

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

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

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

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



### 3. Demande et délai de remboursement

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

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

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

Si vous êtes français et si le contrat souscrit est complémentaire à la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) :

Allianz Worldwide Care sollicitera le remboursement auprès de la CFE pour le compte de l'affilié. Vous devez faire parvenir à Allianz Worldwide Care un formulaire de demande de remboursement dûment complété accompagné des factures correspondantes, que nous enverrons ensuite à la CFE. Tout formulaire de demande de remboursement dûment complété est traité et les instructions de paiement sont envoyées à la banque de l'affilié dans un **délai maximum de cinq jours ouvrés**. Nous vous contacterons si nous avons besoin de renseignements complémentaires pour traiter votre demande. Les plafonds exprimés dans le tableau des garanties représentent la somme totale conjointement remboursée par la CFE et Allianz Worldwide Care. Seuls les frais engagés qui sont raisonnables et d'usage seront couverts. Le montant de tout remboursement effectué par la CFE est reversé en totalité à l'affilié.

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

Le formulaire de demande de remboursement peut être téléchargé depuis notre site Internet [www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)



### 4. Plafonds des garanties

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



### 5. Conditions générales de la police

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

## VOTRE COURTIER :

FROLSON SAS  
PRIVASSUR  
400 avenue Roumanille  
BP 309  
FR-06906 Sophia-Antipolis  
Tel : +33 (0) 469 969 400  
info@privassur.com

## Allianz Worldwide care

### Service téléphonique

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

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

Fax : + 353 1 630 1306  
E-mail : sales@allianzworldwidecare.com

Adresse : Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road,  
Dublin 12, Irlande

[www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)



**Téléchargez l'application MyHealth pour un envoi simple et rapide de vos demandes de remboursement**

[www.allianzworldwidecare.com/myhealth](http://www.allianzworldwidecare.com/myhealth)