

MEDICARE GROUP INTERNATIONAL HEALTH PLAN



DIAF – SOCIÉTÉ RISK
PAS DE FRANCHISE, ZONE UNE

Les prestations suivantes se réfèrent aux définitions correspondantes dans le Guide d'Assurance de l'Employeur et sont couverts dans le monde entier à l'exception des Etats-Unis et des Caraïbes.

Une autorisation préalable est requise pour toutes les demandes de remboursement lorsque les coûts sont susceptibles de dépasser 3'500 € et pour toutes les demandes de remboursement relatives à des prestations suivies d'un astérisque. Si l'autorisation préalable n'est pas obtenue, une pénalité de 1'400 € sera déduite du règlement de la demande de remboursement.

Limite Globale Générale par période d'Attestation	1'400'000 €
PRESTATIONS RELATIVES À DES TRAITEMENTS EN MILIEU HOSPITALIER	
Services Hospitaliers * Coût de l'hébergement et des repas Tous les Traitements en Milieu Hospitalier prescrits par un Médecin Honoraires des Médecins, Chirugiens et Anesthésistes Coûts des soins dans le service de soins intensifs	Remboursement Intégral
Prestation en Espèces en cas d'Hospitalisation * Lorsque le Traitement en Milieu Hospitalier est fourni gratuitement	350 € par nuit 30 jours maximum
Hébergement d'un parent Lorsqu'un enfant assuré jusqu'à l'âge de 17 ans est un Malade Hospitalisé	Remboursement Intégral
Traitement de Soins de Jour Lorsqu'une période de récupération est nécessaire dans un lit d'hôpital	Remboursement Intégral
Traitement Psychiatrique en Milieu Hospitalier * Traitement dans une unité de psychiatrie	Remboursement Intégral 30 jours maximum
Chirurgie Reconstructive Pour rétablir l'apparence / la fonction à la suite d'un Accident ou d'une maladie ayant eu lieu alors que la personne est couverte par votre Plan	Remboursement Intégral
Traitement au Service des Accidents et des Urgences	Remboursement Intégral
Grefe d'Organe et de Moelle Osseuse et Traitement par Cellules Souches * Rein, coeur, coeur-poumon, foie, moelle osseuse et cellules souches. Les frais relatifs à l'acquisition des matières et au donneur sont exclus.	À concurrence de 140'000 €
Prothèses, Aides et Appareils Médicaux Internes Qui sont nécessaires de manière peropératoire	Remboursement Intégral
Soins Palliatifs (Cf Note 1) Soins Palliatifs dans un hospice	Remboursement Intégral 15 jours maximum
Services Ambulanciers Routiers Locaux	Remboursement Intégral
PRESTATIONS RELATIVES À DES TRAITEMENTS POST-HOSPITALIERS	
Traitement Post-Hospitalier Consultations et traitements reçus dans les 90 jours qui suivent les soins reçus en Milieu Hospitalier	Couvert au titre des Services Ambulatoires
Soins de Rééducation Pour rétablir la santé et la mobilité après une lésion ou une maladie	140'000 € Limité à Vie
Prothèses, Aides et Appareils Médicaux Externes Qui sont médicalement requis à la suite de Soins en Milieu Hospitalier, de Traitement de Soins de Jour ou de Traitement au Service des Accidents ou des Urgences	À concurrence de 1'050 €
TRAITEMENT LIÉ AU CANCER	
Oncologie, Chimiothérapie et Radiothérapie * Consultations, diagnostics et traitements reçus en tant que Soins en Milieu Hospitalier, Traitement de Soins de Jour ou Services Ambulatoires	Remboursement Intégral
Soutien Psychologique en cas de Cancer Avec un conseiller ou un psychologue agréé à la suite d'un diagnostic de cancer	À concurrence de 1'400 €
Prestation relative à des Cheveux Artificiels Coût d'une perruque pris en charge à la suite d'un traitement lié à un cancer	À concurrence de 1'400 €

PRESTATIONS RELATIVES À UNE ÉVACUATION MÉDICALE D'URGENCE**Évacuation Médicale d'Urgence ***

Coûts d'évacuation en cas de pathologies aiguës lorsque les installations médicales locales sont inadéquates

Remboursement Intégral

Évacuation Médicale d'Urgence – Frais Supplémentaires *

Coût du voyage à destination du lieu d'origine
Frais d'hébergement à l'hôtel d'un accompagnateur
Frais de taxi d'un accompagnateur
Frais d'Hébergement à la suite d'un Traitement en Milieu Hospitalier

Billet d'avion en classe économique
À concurrence de 12 nuits
À concurrence de 700 €
À concurrence de 7 nuits

Évacuation d'Urgence Non Médicale *

Évacuation vers un lieu sûr en cas de situations mettant la vie en danger en raison de troubles civils ou politiques
Évacuation vers un lieu sûr en cas de catastrophe naturelle

Remboursement Intégral

Voyage de Retour au Domicile par Compassion * (cf note 2)

En cas de décès d'un membre de la proche famille, disponible après un an de couverture

Un billet d'avion aller-retour en classe économique

Rapatriement ou Inhumation Locale *

Lorsque le décès survient hors du Pays d'Origine

À concurrence de 10'500 €

PRESTATIONS RELATIVES À DES TRAITEMENTS AMBULATOIRES**Scans IRM, CT et TEP**

Remboursement Intégral

Traitement Hormonal Substitutif

Lorsqu'il n'est pas lié à la ménopause

Remboursement Intégral

Services Ambulatoires

Honoraires de Médecins Généralistes
Honoraires de Spécialistes et de Consultants
Médicaments et Pansements Délivrés sur Ordonnance
Radiographies, tests diagnostiques et pathologiques

Remboursement Intégral

Thérapies Complémentaires

Ostéopathie, Chiropractie, Homéopathie et Acuponcture

À concurrence de 20 séances

Physiothérapie**Soins Infirmiers à Domicile**

Lorsqu'ils sont nécessaires sur le plan médical et prescrits par un médecin

Remboursement Intégral
À concurrence de 26 semaines

PRESTATIONS RELATIVES À DES SOINS DENTAIRES**Traitement Dentaire à la suite d'un Accident**

Pour remplacer ou remettre en état des dents naturelles saines

Remboursement Intégral

Traitement Dentaire de Routine (Cf Note 3)

À concurrence de 1'000 €
20% de coassurance

PRESTATIONS RELATIVES À DES SOINS DE MATERNITÉ**Grossesse et Naissance Sans Complications**

À concurrence de 7'000 €

Grossesse et Naissance Avec Complications

À concurrence de 14'000 €

Soins au Nouveau-Né (Cf note 4)

Disponible lorsqu'un nouveau-né est inscrit dans les 14 jours

À concurrence de 7'000 €

PRESTATIONS RELATIVES À DES SOINS DE BIEN-ÊTRE**Bilan de Santé de Routine - Adulte (Cf Note 5)**

Examens de santé préventifs

À concurrence de 650 €
20% de coassurance

Bilan de Santé de Routine - Enfant (Cf Note 6)

Examens de santé préventifs

À concurrence de 300 €
20% de coassurance

Prestations relatives aux vaccinations

Vaccinations liées aux enfants et à des voyages

À concurrence de 250 €

Soins Optiques

Tests de vision et coût des verres pour corriger la vue

À concurrence de 400€

PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES**Prestation relative au VIH / SIDA**

14'000 € Limité à Vie

Traitement d'une Pathologie chronique

Covered within listed benefits

Couverture hors de la Zone Géographique

Pour les urgences et les épisodes aigus de pathologies existantes couvertes

À concurrence de 56'000 €
60 jours maximum

ADDITIONAL SERVICES**Red 24**

Inclus

Blood Care Foundation

Inclus

Best Doctors

Inclus

Notes

1. La prestation Soins Palliatifs est seulement disponible lorsque cela est prescrit médicalement par un Médecin et le Salarié/Dépendant a reçu un pronostic en phase terminal.
2. Voyage de Retour au Domicile par Compassion est seulement disponible pour un retour dans le pays de domicile pour le décès d'un époux/épouse, parent, frère, sœur, enfant et petits-enfants.
3. Traitement Dentaire de Routine est seulement disponible pour les Salaries/Dépendants qui ont subi un examen dentaire et fait réalisé tous les traitements nécessaires au cours des 12 mois qui précède le sinistre soumis.
4. Soins au Nouveau-Né est disponible du jour de la naissance jusqu'aux 30 jours après la date de sortie de l'hôpital. La couverture est seulement disponible si le nouveau-né a été inscrit et reçu un Certificat d'Assurance.
5. Bilan de Santé de Routine – Adulte est disponible pour les personnes à partir de 21 ans.
6. Bilan de Santé de Routine – Enfant est disponible pour les enfants âgé jusqu'à 20 ans.