

Termes de la Police

PREMIÈRE HEALTHCARE PLAN

ENTRÉE EN VIGUEUR LE 1ER NOVEMBRE 2009

**AETNA
GLOBAL
BENEFITS®**

SOMMAIRE

Définitions	2
Couverture	4
Exclusions	6
Conditions générales	8
Demandes de remboursement	10

DÉFINITIONS

Afin de **vous** aider à comprendre **votre Police**, les expressions et les mots suivants qui sont régulièrement utilisés dans les termes de la **Police**, vous sont expliqués dans cette section. Afin de **vous** permettre de les reconnaître, ces mots et expressions apparaîtront en **gras** dans **votre Police**.

Accident

Événement externe involontaire, inattendu et imprévisible entraînant un **préjudice corporel** pendant que **votre police** est en vigueur.

Acte terroriste

Tout acte incluant, entre autres, l'utilisation de la force, de la violence et/ou de la menace d'une personne ou d'un groupe de personnes, agissant seul, au nom de, ou conjointement avec une ou plusieurs organisations ou un ou plusieurs gouvernements, et engagé pour des motivations politiques, religieuses, idéologiques ou ethniques ou pour des raisons incluant l'intention d'influencer un gouvernement et/ou de répandre la peur dans une population, ou une partie de la population.

Acupuncteur

Médecin autorisé par les autorités à pratiquer l'acupuncture dans le pays dans lequel le **traitement** est donné.

Aigu(ë)

Une maladie, une pathologie ou un préjudice susceptible de répondre rapidement au **traitement** qui tend à **vous** faire recouvrer la santé que **vous** aviez juste avant de souffrir de cette maladie, de cette pathologie ou de ce préjudice, ou à favoriser **votre** rétablissement complet.

Anomalie congénitale

Défaut, maladie ou malformation génétique, physique ou (bio) chimique qui peut être héréditaire ou due à un problème survenu lors de la grossesse et qui pourrait être remarqué, ou non, à la naissance.

Appareils

Instruments et équipement utilisés en tant que partie intégrante lors d'une intervention chirurgicale effectuée par un **médecin généraliste** ou **spécialiste**.

Assuré(e)/Vous/Vos

Vous et les **personnes à charge** citées dans les **conditions particulières**.

Ayant droit

Résidents en France et pouvant prouver leur inscription à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou à la Sécurité sociale.

Centre de convalescence

Institution agréée et autorisée à garantir des soins infirmiers professionnels 24h sur 24, et supervisée à plein temps par un **médecin généraliste** ou **spécialiste** qui garantit des services de réfections physiques afin d'aider les patients à être autonomes dans la vie quotidienne. Ne comprend pas les institutions offrant des soins à long terme pour les personnes âgées, ou des soins de base ou une assistance éducative à des personnes souffrant de troubles mentaux.

Chambre privée

Hébergement pour une personne dans un **hôpital** privé.

Chronique

Maladie ou préjudice qui possède au moins l'une des caractéristiques suivantes:

- évolue indéfiniment et n'a pas de **traitement** connu,
- réapparaît ou est susceptible de réapparaître,
- est permanent,
- **vous** avez besoin d'être rééduqué ou spécialement entraîné,
- requiert sur le long terme des contrôles, **consultations**, examens ou tests.

Condition associée

Tout préjudice ou maladie est une **condition associée** si **nous** considérons, après **consultation** chez un **généraliste**, que l'un est le résultat de l'autre ou qu'ils sont tous le résultat de la même maladie ou du même préjudice.

Condition médicale

Tout **préjudice**, maladie ou pathologie, y compris les maladies psychiatriques.

Conditions particulières

Conditions fournissant les informations du **titulaire de la Police** et des assurés, les détails de la Police et les avenants (le cas échéant).

Consultation

Toute **consultation** chez un **médecin généraliste** ou **spécialiste** incluant la délivrance d'une ordonnance répétée ou non.

Consultation générale

Consultation dans un organe professionnel adapté pour établir un diagnostic et pratiquer des soins médicaux relatifs à tout type de **traitement** ou de maladie.

Conventionné

Personnel médical et hôpitaux conventionnés.

Date d'entrée

Date indiquée dans les **conditions particulières** dans lesquelles l'assuré(e) a été inclus(e) à cette **Police**.

Date d'entrée en vigueur

Date indiquée dans les **conditions particulières** et à laquelle la Police prend effet.

Date de renouvellement

Anniversaire de la **date d'entrée en vigueur** de la **Police**.

Dentiste

Personne autorisée par les autorités compétentes à pratiquer des soins dentaires dans le pays dans lequel le **traitement** dentaire est donné.

Dépassement d'honoraire

Différence entre la somme que vous payez pour votre **traitement** et la somme remboursée par la CPAM ou par la Sécurité sociale.

Facultatif

Traitement prévu et médicalement nécessaire mais qui ne représente pas une **urgence**.

Frais habituels et réguliers

Désigne quatre fois le tarif de convention pour le coût de **traitements** réalisés en France et deux fois le tarif de convention pour le coût de **traitements** réalisés en dehors de la France.

Franchise

Somme payable par un(e) assuré(e) pour des dépenses survenues avant que les **prestations** ne soient versées dans le cadre de la **Police**, comme mentionné dans les **conditions particulières**.

Héréditaire

Transmis aux enfants par les parents et présentant des symptômes à la naissance.

Homéopathe

Médecin inscrit dans le registre de la Faculté d'Homéopathie ou qui pratique l'homéopathie en possédant une formation reconnue par les autorités du pays dans lequel le **traitement** est donné.

Hôpital

Établissement légalement agréé comme étant un **hôpital** médical ou chirurgical selon la législation du pays dans lequel il est situé.

Infirmière professionnelle

Infirmière qualifiée et dont le nom est inscrit sur le registre des **infirmières** tenu par l'organe statutaire des **infirmières** dans le pays de résidence.

Médecin généraliste

Personne ayant été diplômée en médecine ou en chirurgie par une école reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé et qui est autorisée, par les autorités compétentes, à pratiquer la médecine dans le pays dans lequel le **traitement** est donné.

Médicalement nécessaire

Service médical ou **traitement**, qui, selon un **médecin généraliste** ou un **spécialiste**, est approprié et en accord avec le diagnostic et, qui, en respectant les normes médicales acceptées, n'aurait pu être omis sans affecter l'état de santé de l'assuré(e) ou la qualité des soins médicaux rendus.

Médicaments et pansements

Principaux **médicaments**, **pansements** et **traitements** prescrits par un **médecin généraliste** ou spécialiste et qui ne sont pas disponibles sans ordonnance.

Nous/Notre/Nos

Aetna Global Benefits (Europe) Limited au nom des **souscripteurs** comme détaillé dans les **conditions particulières**.

Patient journalier

Assuré(e) admis(e) à l'**hôpital** et qui utilise un lit de l'**hôpital** sans y passer la nuit.

Patient externe

Assuré(e) qui reçoit un **traitement** dans un établissement médical reconnu mais qui n'occupe pas de lit d'**hôpital** comme un **patient hospitalisé** ou un **patient journalier**.

Patient hospitalisé

Assuré? qui occupe un lit d'**hôpital** et qui est admis(e) pour une ou plusieurs nuits uniquement pour y recevoir un **traitement**.

Pays de nationalité

Pour cette **police**, il s'agit du pays dans lequel **vous** possédez une carte d'identité.

Pays de résidence

Le pays dans lequel **vous** possédez votre résidence habituelle (résidant pendant une période d'au moins 6 mois par **période de couverture**) au moment de la création de cette **Police** ou à chaque renouvellement ultérieur.

Période de couverture

La **période de couverture** est la durée pendant laquelle la **Police** sera en vigueur comme mentionné dans les **conditions particulières**. Sauf mention contraire, il s'agit d'une période de 12 mois à compter de la **date d'entrée en vigueur** et d'un renouvellement ultérieur.

Personnes à charge

Conjoint(e) ou partenaire adulte et/ou enfants célibataires âgés de moins de 18 ans et vivant avec **vous**, ou âgés de 23 ans au plus s'ils sont étudiants à temps plein à la date d'adhésion ou à n'importe quel renouvellement. Le terme partenaire désigne le mari, la femme ou la personne vivant de façon permanente avec vous dans une relation similaire. Toutes les **personnes à charge** doivent être indiquées comme assurées dans les **conditions particulières**.

Physiothérapeute

Personne enregistrée en qualité de **physiothérapeute** et autorisée à pratiquer dans le pays dans lequel le **traitement** est donné.

Police

Notre contrat d'assurance avec **vous** garantissant une couverture telle que décrite dans le présent document.

Préjudice corporel

Préjudice uniquement causé par un **accident** entraînant la mutilation, l'invalidité ou tout autre préjudice physique.

Prestations

La couverture d'assurance fournie par cette **Police** et toute extension ou restriction présentée dans les **conditions particulières** ou dans tout endossement (le cas échéant).

Rééducation

Fait d'assister un(e) assuré(e) qui, suite à un problème médical, a besoin, autant que cela est **médicalement nécessaire**, d'une thérapie physique et d'assistance pour l'aider à se rétablir et à retrouver l'état de santé antérieur.

Remboursement complet

Remboursement complet, après déduction de la **franchise** expressément indiquée comme payable par **vous**, de la somme que **vous** avez payée pour **votre traitement** dans le cas où la CPAM ou la Sécurité sociale ne **vous** rembourse pas.

Souscripteurs

Aetna Health Insurance Company of Europe Limited, Alexandra House, The Sweepstakes, Ballsbridge, Dublin 4.

Spécialiste

Médecin généraliste agréé qui possède une spécialité reconnue comme telle par les organes statutaires du pays en question.

Tests de diagnostic

Recherches, telles que des examens de sang ou des radiographies, afin de trouver ou d'aider à trouver les causes de vos symptômes.

Titulaire de Police

La personne ou l'entreprise mentionnée comme étant le **titulaire de Police** dans les **conditions particulières**.

Traitement

Intervention chirurgicale, médicale ou autre dont le seul but est de soigner ou de diagnostiquer une **condition médicale aiguë**.

Traitement palliatif

Tout **traitement** donné, sur avis d'un **médecin généraliste** ou **spécialiste** indépendant, dans le but d'offrir un soulagement temporaire des symptômes. Le **traitement palliatif** n'est pas donné pour guérir la maladie qui entraîne les symptômes.

Urgence

Condition médicale aiguë ou **préjudice** accidentel, sérieux et imprévu nécessitant des soins médicaux immédiats.

COUVERTURE

Nous garantissons la couverture pour le **traitement des conditions médicales** qui se sont manifestées pour la première fois pendant la **période de couverture** et lorsque le **traitement** est donné pendant la **période de couverture** ou lorsqu'une telle **condition médicale** s'est manifestée avant la **date d'entrée** mais qu'elle nous a été déclarée par écrit et que nous l'avons acceptée.

Toutes les **prestations** sont par personne et par année (sauf mention spécifique) et sont sujettes à un quota de 155 000€ maximum après déduction de paiements antérieurs par la CPAM (le cas échéant). Tous les coûts engendrés, y compris les **remboursements complets**, doivent être **médicalement nécessaires** et sujets aux **frais habituels et réguliers**.

COUVERTURE PREMIÈRE

La couverture Première est exclusivement réservée aux **traitements médicaux** reçus en France. Sauf spécification contraire, toutes les **prestations** sont garanties sur la base d'un **dépassement** d'honoraire.

La couverture Première couvre les coûts pour:

1. Frais d'hôpitaux généraux

- i) Honoraires de **médecin généraliste** et **spécialiste** pour un **patient hospitalisé** ou un **patient journalier**.
- ii) Intervention chirurgicale prescrite par un **médecin généraliste** ou **spécialiste** pour un **patient hospitalisé**, un **patient journalier** ou un **patient externe** dans un **hôpital**.
- iii) Diagnostics et autres examens pour un **patient hospitalisé** ou un **patient journalier** dans un **hôpital**, y compris examens pathologiques, radiographies, IRM et tomographies.
- iv) Frais d'anesthésie
- v) **Médicaments et pansements**
- vi) Séjour à l'**hôpital** de 30 jours maximum par **condition médicale** dans une **chambre privée** pour un **remboursement complet**.
- vii) Frais de nourriture et eau en bouteille.

2. Frais de transport et d'hébergement.

Frais de transport et d'hébergement pour un conjoint ou un parent d'un enfant à charge pour rendre visite à l'assuré(e) admis(e) à l'**hôpital** en tant que **patient hospitalisé** ou **patient journalier**.

3. Frais liés à la grossesse et à la naissance d'un enfant.

Frais associés à la grossesse et à la naissance d'un enfant, y compris les examens pré et postnataux ainsi que les frais d'accouchement. Tous les coûts relatifs aux complications survenues pendant la grossesse et/ou pendant l'accouchement sont également couverts, y compris la césarienne.

La **prestation** est limitée à 610 € par grossesse et pour les complications liées.

4. Frais de transport ambulancier.

Frais de transport aller-retour de l'**hôpital** en ambulance lorsque cela est **médicalement nécessaire**.

5. Soins infirmiers à domicile.

Soins infirmiers prodigués à un **patient externe** et reçus immédiatement après un **traitement** antérieur en tant que **patient hospitalisé** ou **patient journalier** sur recommandation d'un **spécialiste**. Ces soins doivent être prodigués par une **infirmière professionnelle**.

La **prestation** est limitée à 30 jours par **condition médicale**.

6. Physiothérapie.

Physiothérapie suivant immédiatement la sortie de l'**hôpital** pour un **patient hospitalisé** ou un patient journalier sous l'encadrement direct d'un **spécialiste**.

7. Frais de centre de convalescence.

Soins en **centre de convalescence** suivant immédiatement la sortie de l'**hôpital** pour un **patient hospitalisé** ou un **patient journalier** dans le but d'une rééducation.

La **prestation** est limitée à 30 jours par **condition médicale**.

8. Frais pré et post hospitalisation.

Honoraires de **médecin généraliste** et **spécialiste**, tests de diagnostic, scanner, radiographie et autres frais associés antérieurs à l'admission ou suivant immédiatement la sortie de l'**hôpital** où le **traitement** a été donné pour un **patient hospitalisé** ou un **patient journalier**.

La **prestation** est limitée à 90 jours suivant la sortie de l'**hôpital**.

COUVERTURE PREMIÈRE PLUS

La couverture Première Plus est exclusivement réservée aux **traitements médicaux** reçus en France. Sauf mention contraire, toutes les **prestations** sont garanties sur la base d'un **dépassement d'honoraire**.

La couverture Première Plus couvre tous les frais couverts par la couverture Première, ainsi que les frais suivants:

1. Frais de patient externe

- i) Chirurgie locale réalisée par un **médecin généraliste** dans sa clinique ou son cabinet.
- ii) Honoraires des **consultations** chez un **médecin généraliste** ou un **spécialiste**.
- iii) **Médicaments et pansements**.
- iv) Visites à domicile par un **médecin généraliste** lorsque cela est **médicalement nécessaire**.
- v) Tests de diagnostic, radiographie et scanner.
- vi) **Physiothérapie**
- vii) **Traitement** donné par un homéopathe ou un **acupuncteur** agréé et contrôlé directement par un **spécialiste**.

2. Dommages dentaires accidentels

Traitement reçu dans un cabinet dentaire ou aux urgences à l'**hôpital** dans les 7 jours qui suivent le dommage accidentel causé sur des dents naturelles et saines, sauf lorsque le dommage accidentel est survenu en mangeant, et donné par un **médecin généraliste** ou un **dentiste**.

Cette **prestation** est payable sur la base d'un **remboursement complet**.

3. Soins dentaires de routine

Frais dentaires pour un **traitement** de routine dans un cabinet de **dentiste**. Sont considérés comme « **traitement de routine** »: examen, détartrage, obturation avec amalgame normal et extractions simples sans chirurgie.

La **prestation** est limitée à 460?.

4. Importante dentisterie restauratrice

La fabrication et le remplacement de couronnes (jusqu'à 230?), la pose et les appareils d'orthodontie nécessaire à l'alignement des dents pour les enfants.

La **prestation** est limitée à 460?.

EXTENSION DE COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE – COUVERTURE INTERNATIONALE

Cette couverture représente une option de **prestation** supplémentaire pour les personnes qui désirent être couvertes pour tous les **traitements** reçus en dehors de la France. Nous garantissons une couverture là où cette couverture supplémentaire a été achetée et est indiquée dans les **conditions particulières** pour les **traitements** médicaux faisant suite à un **accident** ou une maladie lorsque le traitement est donné pendant la **période de couverture**.

La **prestation** est limitée à 30 jours au total par année pour un **traitement** reçu en dehors de la France.

Sauf mention contraire, toutes les **prestations** sous cette couverture sont assurées sur la base d'un **remboursement complet**.

Les **prestations** assurées en dehors de la France par cette extension de **Police** sont les suivantes:

1. Frais d'hôpitaux généraux

- i) Honoraires de **médecin généraliste** et de **spécialiste** pour un **patient hospitalisé** ou un **patient journalier**.
- ii) Intervention chirurgicale prescrite par un **médecin généraliste** ou un **spécialiste** pour un **patient hospitalisé**, un **patient journalier** ou un **patient externe** dans un **hôpital**.
- iii) Diagnostics et autres examens pour un **patient hospitalisé** ou un **patient journalier** dans un **hôpital**, y compris examens pathologiques, radiographie, IRM et tomodensitométrie.
- iv) Frais d'anesthésie
- v) **Médicaments et pansements**
- vi) Séjour à l'**hôpital** dans une **chambre privée**.

2. Frais de transport ambulanciers

Frais de transport aller-retour de l'**hôpital** en ambulance lorsque cela est **médicalement nécessaire**.

3. Soins infirmiers à domicile

Soins infirmiers prodigués à un **patient externe** et reçus immédiatement après un **traitement** antérieur en tant que **patient hospitalisé** ou **patient journalier** sur recommandation d'un **spécialiste**. Ces soins doivent être prodigués par une **infirmière professionnelle**.

4. Physiothérapie

Physiothérapie suivant immédiatement la sortie de l'**hôpital** pour un **patient hospitalisé** ou un **patient journalier** sous l'encadrement direct d'un **spécialiste**.

5. Frais pré et post hospitalisation

Honoraires de **médecin généraliste** et de **spécialiste**, tests de diagnostic, scanner, radiographie et autres frais associés antérieurs à l'admission ou suivant immédiatement la sortie de l'**hôpital** où le **traitement** a été donné pour un **patient hospitalisé** ou un **patient journalier**.

La **prestation** est limitée à 90 jours suivant la sortie de l'**hôpital**.

6. Frais de patient externe

- i) Chirurgie locale réalisée par un **médecin généraliste** dans sa clinique ou son cabinet.
- ii) Honoraires des consultations chez un **médecin généraliste** ou un **spécialiste**.
- iii) **Médicaments et pansements**
- iv) Visites à domicile par un **médecin généraliste** lorsque cela est **médicalement nécessaire**.
- v) Tests de diagnostic, radiographie et scanner.

7. Physiothérapie pour malade externe

Frais de physiothérapie prise en charge par un physiothérapeute agréé.

La **prestation** est limitée à 10 séances.

8. Médecine alternative

La médecine alternative est limitée aux **traitements** donnés par un **homéopathe** ou un **acupuncteur** agréé et contrôlés directement par un **spécialiste**.

La **prestation** est limitée à 10 séances au total.

9. Dommages dentaires accidentels

Traitement reçu dans un cabinet dentaire ou aux urgences à l'**hôpital** dans les 7 jours qui suivent le dommage accidentel causé sur des dents naturelles et saines, sauf lorsque le dommage accidentel est survenu en mangeant, et donné par un **médecin généraliste** ou un **dentiste**.

10. Soins dentaires de routine

Frais dentaires pour un **traitement** de routine dans un cabinet de **dentiste**. Sont considérés comme « **traitement de routine** » : examen, détartrage des dents, obturation avec amalgame normal et extractions simple sans chirurgie.

La **prestation** est limitée à 460?€.

11. Importante dentisterie restauratrice

La fabrication et le remplacement de couronnes (jusqu'à 230?), la pose et les appareils d'orthodontie nécessaire à l'alignement des dents pour les enfants.

La **prestation** est limitée à 460€.

12. Rapatriement

Prix de l'avion pour la France et le transport aller-retour de l'aéroport jusqu'au domicile suite à un **accident** ou une maladie, survenu en dehors de la France, dans le but d'une admission à l'**hôpital** en tant que **malade hospitalisé** ou **patient journalier**. Les frais de voyage d'une autre personne accompagnant l'assuré(e) sont également pris en charge.

La prise en charge est limitée à :

- i) 380€ par billet d'avion
- ii) 155€ pour un autre moyen de transport entre l'aéroport et le domicile.
- iii) 155€ pour une nuit d'hôtel si besoin est.

EXCLUSIONS

Cette police ne couvre pas les frais suivants :

1. Uniquement sous la couverture Première et la Première Plus – frais non approuvés et acceptés par la CPAM ou par la Sécurité sociale (indiqués dans le barème de tarifs conventionnels établi chaque année par la Sécurité sociale.) concernant différents **traitements** et soins médicaux.
2. Les frais d'établissement ou de médecin qui ne sont pas **conventionnés**.
3. a) Uniquement sous la couverture Première et la Première Plus – tout **traitement** hospitalier connu ou prévu, en cours ou en attente à la **date d'entrée en vigueur**.
b) Uniquement sous la couverture internationale – **toute condition médicale** ou **condition associée** pour laquelle **vous** avez reçu un **traitement**, développé des symptômes, ou dont **vous** connaissez l'existence ou pour laquelle **vous** avez reçu une **consultation** avant la **date d'entrée en vigueur (conditions médicales** préexistantes), sauf lorsque la **condition médicale nous** a été déclarée par écrit et que **nous** l'avons acceptée. Après deux ans de couverture continue, toute **condition médicale** préexistante (et **condition associée**) sera incluse à la couverture (pour ladite **condition médicale**) que vous n'avez pas pendant cette période :
 - i) consulté un **médecin généraliste** ou un **spécialiste** pour un **traitement** ou une **consultation** (y compris les contrôles).
ou
 - ii) développé des symptômes supplémentaires
ou
 - iii) pris une médication (y compris **médicaments**, régimes spéciaux ou injections).
4. Uniquement sous la couverture Internationale:
 - a) **Traitement** d'une **condition médicale** que **nous** considérons, après **consultation générale**, comme étant un **traitement palliatif** ou une **condition médicale chronique**.
 - b) en revanche, **nous** assurons la stabilisation des exacerbations aiguës de **conditions médicales chroniques** qui ne sont pas des **conditions médicales** préexistantes.
5. **Traitement** d'insuffisance rénale chronique, y compris la dialyse. En revanche, nous assurons les coûts d'une dialyse rénale:
 - a) en **traitement** pré et post opératoire.
 - b) dans le cas d'une seconde insuffisance **aiguë** lorsque la dialyse fait partie de soins intensifs.
6. **Traitement** que **nous** considérons, après **consultation générale**, comme étant expérimental ou non prouvé.
7. Traumatismes périnataux, **anomalies congénitales**, malformations génétiques ou maladies et **conditions médicales** héréditaires.
8. Examens médicaux de routine réalisés par un **médecin généraliste**, y compris les consultations gynécologiques, les tests auditifs, les tests de routine, les soins de puériculture aux nouveau-nés, les inoculations, les vaccinations et la médecine préventive.
9. Les tests oculaires normaux, les déficiences oculaires dégénératives non médicales/naturelles y compris, entre autres, la myopie, la presbytie, l'astigmatisme et tout acte chirurgical correctif pour les déficiences oculaires dégénératives non médicales/naturelles.
10. La **rééducation**, sauf si elle constitue une partie essentielle d'un **traitement** reçu par un **patient hospitalisé** et si elle est suivie et encadrée par un **spécialiste** dans un centre de **rééducation** agréé.
11. Les **traitements** reçus dans des centres thermaux ou de thalassothérapie et autres établissements similaires ou des lits privés déclarés comme centres de soins dépendants de tels établissements ou un **hôpital** ou un **centre de convalescence** lorsque ces types d'établissements sont devenus le domicile ou le lieu de résidence permanent de l'assuré(e) ou lorsque l'admission est effectuée, en partie ou totalement, pour des raisons domestiques.
12. Le **traitement** esthétique et ses conséquences.
13. Le **traitement** de l'obésité ou de problèmes de poids, antérieurs à une pathologie psychiatrique ou qui en découle, et tous les coûts de **traitement** associés à une chirurgie esthétique ou survenant à la suite d'un trouble de l'alimentation ou d'un problème de poids, y compris tout **traitement** psychiatrique nécessaire lorsque la pathologie psychiatrique est une **condition associée** du trouble de l'alimentation. En revanche, nous assurons les frais de chirurgie reconstructrice nécessaires à la suite d'un **accident** ou d'une maladie survenus pendant la **période de couverture** à condition que l'acte chirurgical soit effectué dans les 12 mois qui suivent l'**accident** ou la maladie afin de rétablir la mobilité ou l'apparence normale, dans les limites de validité de la couverture.
14. La médecine alternative, y compris, entre autres, les chiropracteurs, ostéopathes, les optométristes, les hypnothérapeutes et les podologues. La couverture comprend les **acupuncteurs** et les **homéopathes**.
15. Les frais liés à la fabrication, à l'entretien et à la pose de toute prothèse externe ou **appareil** d'assistance auditive ou visuelle ou d'autres équipements médicaux.
16. Les frais liés à la recherche d'un organe de remplacement ou tout autre frais résultant de l'ablation de l'organe du corps du donneur, les frais de transport et tous les coûts administratifs afférents.
17. Les dépenses liées à la maternité et/ou à la naissance d'un enfant lorsque la naissance a lieu dans les douze mois qui suivent la **date d'entrée en vigueur**.
18. Les frais liés à une césarienne volontaire ou une césarienne **médicalement nécessaire** due à l'exécution antérieure de toute césarienne non urgente.
19. L'interruption de grossesse pour des raisons non médicales, les cours de préparation à l'accouchement, les frais de sage-femme non associés à l'accouchement.
20. Le **traitement** résultant directement ou indirectement d'une contraception masculine ou féminine, d'infertilité et/ou de fertilité et de la stérilisation (et son contraire).

- 21.** Toute forme de procréation médicalement assistée ou de complications qui y sont liées, y compris, entre autres, les naissances prématurées ou multiples. Une déclaration de santé doit être faite pour toutes les personnes à charge nées d'une procréation médicalement assistée.
Nous nous réservons le droit de refuser, sans fournir de motif, toute demande.
- 22.** Le **traitement** de l'impuissance ou toute **condition associée** ou ses conséquences.
- 23.** Le **traitement** résultant directement ou indirectement d'un changement de sexe et des conséquences qui y sont liées.
- 24.** Maladie vénérienne ou toute autre maladie sexuellement transmissible ou toute autre **condition associée**.
- 25.** Le **traitement** orthodontique, gingivite et parodontite ou toute **condition associée**.
- 26.** La fabrication ou la réparation de fausses dents, de bridges et de dentiers ainsi que les **traitements** et les amalgames à base de métaux précieux.
- 27.** Les frais de psychothérapie, de psychologie, de thérapie familiale ou d'accompagnement du deuil.
- 28.** Le **traitement** lié aux difficultés d'apprentissage, à l'hyperactivité, aux problèmes d'attention, à l'orthophonie et autres problèmes sociaux ou comportementaux chez l'enfant.
- 29.** Le **traitement** de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou toute autre forme d'addiction et tout préjudice ou maladie qui sont liés à une telle dépendance.
- 30.** Examen ou **traitement** pour maladie mentale, trouble psychiatrique, angoisse ou dépression.
- 31.** Suicide ou tentative de suicide, **préjudice corporel** ou maladie étant volontairement infligé ou dû à un comportement imprudent ou négligent.
- 32.** Tout **préjudice** subi, directement ou indirectement, suite à un acte illégal ou criminel de l'assuré(e) ou sa complicité dans un délit.
- 33.** Les frais d'hébergement et de déplacement, sauf si **nous** les avons expressément autorisés par écrit avant le déplacement. Aucun frais de déplacement et d'hébergement n'est remboursable lorsque le **traitement** est donné à un **patient externe**, y compris les frais de location de voiture.
- 34.** Les frais et dépenses survenues lorsque l'assuré(e) s'est déplacé contre l'avis médical.
- 35.** Le **traitement** et les dépenses résultant directement ou indirectement des événements suivants : guerre, invasion, agression étrangère (en état de guerre ou non), guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, mutinerie, émeutes, grèves, loi martiale ou état de siège, tentative de renversement du gouvernement ou tout acte terroriste, sauf si l'assuré(e) subit un préjudice corporel en tant que victime neutre, avec une limite de 50 000€ maximum par assuré(e) et par incident.
- 36.** Le **traitement** résultant directement ou indirectement d'une contamination chimique ou radioactive provenant de tout matériel nucléaire ou de leur combustion ou suite à une asbestose ou toute condition associée.
- 37.** Le **traitement** lié aux troubles respiratoires du sommeil, y compris les ronflements, la fatigue, le décalage horaire, le stress du travail ou toute condition associée.
- 38.** Indépendamment de toute clause contributive, cette assurance ne couvre pas le **traitement** d'une **condition médicale** liée, de quelque façon que ce soit, à un **acte terroriste** impliquant l'utilisation ou la menace d'utilisation d'une arme nucléaire, chimique ou biologique. Si **nous** considérons qu'une demande d'indemnité n'est pas recevable au regard de cette exclusion, c'est à **vous** qu'il revient de prouver le contraire.
- 39.** Produits et substances alimentaires qui sont naturellement disponibles et qui peuvent être achetés sans ordonnance, y compris, entre autres, les vitamines, minéraux et substances organiques.
- 40.** Visites à domicile d'un **médecin généraliste**, d'un **spécialiste** ou d'une **infirmière professionnelle**, sauf si nous l'avons expressément accepté par écrit avant la consultation.
- 41.** Les dépenses médicales imputables ou liées, de quelque façon que ce soit, au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), y compris le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou les affections liées au SIDA (ARS) et/ou toute mutation ou variation qui en découle.
- 42.** Uniquement sous la couverture Internationale : tout avis **médical secondaire** ou ultérieur d'un **médecin généraliste** ou d'un **spécialiste** pour la même **condition médicale**, sauf si nous l'avons expressément autorisé par écrit.
- 43.** Uniquement sous la couverture Internationale : les premiers 155€ de toute dépense admissible pour chaque nouvelle **condition médicale** faisant l'objet d'un **traitement facultatif** en dehors de la France. Tous les **traitements** doivent être préalablement autorisés par **nous**.
- 44.** Uniquement sous la couverture Internationale : la prestation 12, rapatriement, ne s'applique que si **nous** sommes avertis par écrit par le médecin traitant local que l'assuré(e) ne peut rentrer en France que par avion (en classe économique uniquement).

CONDITIONS GÉNÉRALES

1. Police

Votre Formulaire de demande, **notre** Consentement écrit, le Barème de vos prestations, vos **Conditions particulières** et les Termes de la Police forment une unité et constituent la base de votre contrat avec **nous**.

2. Contribution

Si **vous** possédez une autre assurance couvrant les mêmes **prestations**, **vous** devez la déclarer ou vous assurer que l'assuré(e) concerné(e) la déclare; **nous** contribuons alors uniquement à hauteur de la proportion qui **nous** est attribuée.

Dans le cas où **vous** seriez remboursé en partie ou en totalité pour ces dépenses par une autre source, y compris une autre **police** d'assurance, **nous** sommes en droit d'exiger le remboursement de **votre** part. Lorsque cela est nécessaire, **nous nous** réservons le droit de déduire ces remboursements de tout règlement en attente, ou à venir, ou d'annuler **votre police** depuis son **entrée en vigueur** et sans remboursement.

3. Remboursement

Les dépenses couvertes par les couvertures Première et Première Plus ne sont remboursées qu'après avoir été approuvées, acceptées et payées par la CPAM, ou la Sécurité sociale conformément aux dispositions de la convention.

Si les règles relatives aux paiements effectués par la CPAM ou la Sécurité sociale sont modifiées pendant la **période de couverture**, **nous nous** réservons le droit de maintenir les paiements supplémentaires aux niveaux qui étaient applicables avant la modification.

4. Clause d'acceptation

Nous avons le droit de refuser la demande d'assurance d'une personne sans donner d'explication. **Nous nous** réservons le droit de demander de prouver âge et/ou état de santé de vous-même ou de toute personne incluse dans la demande.

Nous nous réservons le droit d'appliquer des avenants supplémentaires, des exclusions ou des augmentations de prime afin de reproduire toute circonstance donnée dans **votre** formulaire de demande ou déclarée à **nous** comme étant un élément d'appréciation du risque.

5. Ayant droit

La **Police** est destinée aux résidents permanents en France, qui ont fait une demande d'affiliation à la CPAM, ou qui y sont déjà inscrits.

6. Limites territoriales

Couverture Première et Première Plus : applicable en France uniquement.

Couverture Internationale : étendue pour assurer des traitements en Europe uniquement (voir la liste ci-dessous), des **traitements facultatifs** et des **traitements d'urgence** dans le monde entier, sauf si la **condition médicale** existait avant le début du voyage et était susceptible de se déclarer à nouveau ou de nécessiter un **traitement** pendant la durée du séjour.

L'Europe inclut : Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Iles Canaries, Chypre, Danemark, Estonie, Espagne, Finlande, Gibraltar, Grèce, Groenland, Hongrie, Iles Anglo-normandes, Islande, Irlande, Italie, Kazakhstan, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Madère,

Malte, Monaco, Pays-Bas, Norvège, Ouzbékistan, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Russie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Yougoslavie.

7. Conformité aux termes et conditions de la Police

Selon cette **Police**, **nous** ne sommes pas responsables, en cas de non-respect par l'assuré(e) des termes et conditions, sauf si les circonstances de toute demande sont déconnectées de ce manquement et qu'il n'existe pas de tentative de fraude.

Toute déclaration incomplète ou intentionnellement fautive, et toute omission ou déclaration inexacte est susceptible d'entraîner des sanctions définies dans les articles L 113-8 (résiliation de contrat) et L 119-9 (moyenne de la prime) du Code des assurances.

8. Changement de risque

Le **titulaire de la Police** doit **nous** informer dès que possible de tout changement d'un élément d'appréciation du risque concernant tout assuré(e) qui modifie les informations données lors de la demande d'assurance dans le cadre de cette **Police**. **Nous nous** réservons le droit de modifier les termes de la **Police** ou de résilier la couverture d'un(e) assuré(e) suite à un changement de risque.

9. Durée et prime de la Police

- La **Police** est valable un an et est renouvelable pour des périodes successives d'un an, selon les termes en vigueur à la **date de renouvellement** et de l'acquittement de la prime.
- Nous** pouvons, de temps en temps, modifier la prime à payer. Si **vous** passez dans une tranche d'âge supérieure, la prime augmentera à la prochaine date de renouvellement. En revanche, cette **Police** n'est pas soumise à modification de prime jusqu'à la prochaine **date de renouvellement**.
- Toutes les primes sont payables d'avance pour toutes les couvertures fournies par cette **Police**.
- Votre Police** est un contrat annuel et **vous** êtes responsable pour la prime d'une année entière même si **nous** avons accepté que **vous** payiez en plusieurs fois.

10. Taxes gouvernementales

Afin de reproduire toute modification dans le régime de taxe sur les primes d'assurance ou toute autre taxe gouvernementale, **nous** pouvons modifier les termes et conditions de cette **Police** à chaque **date de renouvellement**. Une copie de la **Police** en vigueur vous sera envoyée à chaque fois.

11. Interruption de couverture

En cas d'interruption de couverture, quelle qu'en soit la raison, **nous** nous réservons le droit d'appliquer à nouveau l'exclusion 3b concernant les **conditions médicales** préexistantes, ce uniquement pour le module international.

12. Enfants à charge

Les nouveau-nés sont assurés dès leur naissance. L'acceptation des nouveau-nés dépend de la notification de naissance qui doit être faite dans les 90 jours qui suivent la naissance. Pour toute notification reçue après ce délai, l'enfant à charge sera assuré à partir de la date de cette notification.

13. Modifications

- a) **Nous** pouvons modifier les termes et les conditions de cette **Police** à chaque **date de renouvellement**.

Une copie de la **Police** en vigueur **vous** sera envoyée à chaque fois. **Vous** pouvez résilier **votre Police** dans les 30 jours qui suivent la **date de renouvellement** et si **vous** n'avez pas fait de demande de remboursement, **nous vous** remboursons votre prime.

Nous vous tenons informés de ces modifications dans un délai raisonnable.

Nous vous envoyons les détails des modifications à l'adresse que **vous nous** avez indiquée. En revanche, les modifications prennent effet même si **vous** ne les recevez pas, quelle qu'en soit la raison.

- b) Aucune modification ou amendement des termes de la **Police** ne sera effectif à moins que **nous vous** en informions par écrit et par lettre recommandée avec accusé de réception.

Toute modification des déclarations mentionnées ci-dessus, à l'exception des modifications de l'état de santé du **titulaire de la Police**, doit nous être signalée par lettre recommandée dans les 15 jours qui suivent sa réalisation par le **titulaire de la Police**. Si la modification constitue une aggravation selon les termes des dispositions de l'article L 113-4 du Code des assurances, **nous** pouvons, sous réserve des conditions de cet article, résilier le contrat avec dix jours de préavis, ou proposer une nouvelle prime.

Si, dans les trente jours qui suivent les quinze jours après l'envoi de la lettre recommandée, le **titulaire de la Police** n'a pas donné son accord ou expressément refusé notre proposition, **nous** annulerons le contrat à l'expiration de cette période de trente jours après avoir informé le **titulaire de la Police** de ses droits en les indiquant de façon visible dans la lettre de proposition.

14. Dérogation

Une dérogation de **notre** part pour tout terme ou condition de cette **Police**, ne nous empêche pas d'appliquer ces termes ou ces conditions dans d'autres circonstances.

15. Votre droit de résiliation

Vous pouvez résilier **votre Police** en **nous** écrivant dans un délai de 30 jours après la **date d'entrée en vigueur** de votre **Police** et si aucune demande de remboursement n'a été faite, **nous vous** remboursons complètement la prime payée.

Si **vous** résiliez la **Police** à tout autre moment, quelle qu'en soit la raison, aucun remboursement de prime ne sera effectué.

16. Notre droit de résiliation

Nous pouvons résilier **votre Police** à l'expiration de la **période de couverture** par lettre recommandée envoyée à **votre** dernière adresse connue, au moins deux mois avant la date d'expiration de la **Police**, sauf si, lorsque votre couverture est continuellement en vigueur depuis plus de deux ans, la loi Évin du 31 décembre 1989, numéro 89-1009 s'applique. Dans les deux cas, cette notification de résiliation prend effet même si **nous/vous** ne recevons/recevez pas la communication. En cas de non-paiement de la prime, **nous** pouvons résilier cette **Police**. **Nous** pouvons, à **notre** discrétion, rétablir la couverture si la prime est payée ultérieurement ; en revanche, les conditions de la couverture pourront être modifiées. Même si **nous** ne résilions pas cette **Police** pour cause de demandes de remboursement valides par tout assuré(e), **nous** avons le droit, à tout moment, d'annuler la couverture de l'assuré(e) s'il/elle ou le **titulaire de la Police** a commis l'une des actions suivantes:

- Nous** a trompé avec de fausses déclarations.
- A volontairement fait des demandes de **prestations** pour des raisons autres que celles prévues par cette **Police**.
- A accepté de participer à une tentative par un tiers d'obtenir, à **notre** dépend, un avantage pécuniaire.
- Ne respecte pas, quelle que soit la façon, les termes et conditions de cette **Police** ou n'a pas agi en bonne foi.

17. Droit applicable

Comme stipulé dans les **conditions particulières**, cette **Police** est soumise à la législation française.

18. Demande de remboursement frauduleuse ou non justifiée

Si toute demande de remboursement, dans le cadre de cette **Police**, est, de quelque façon que ce soit, frauduleuse ou non justifiée, toutes les prestations payées et/ou pouvant être payées en rapport avec cette demande de remboursement seront supprimées et (le cas échéant) recouvrables. De plus, toute couverture concernant l'assuré(e) sera annulée à partir de la date d'inscription et sans remboursement des primes.

19. Responsabilité

Notre responsabilité prend fin immédiatement après la résiliation de la **Police**, quelle qu'en soit la raison, y compris sans limitation, sans renouvellement et sans remboursement.

20. Remboursements de la prime

Après les 30 premiers jours de couverture à partir de la **date d'entrée en vigueur**, **vous** n'aurez plus le droit à aucun remboursement de prime, que ce soit en partie ou en totalité et quelle qu'en soit la raison.

21. Tierces parties

Les seules parties au contrat sont le **titulaire de la Police** et **nous-même**.

22. Subrogation

Nous conservons tous les droits de subrogation. Sans notre accord écrit, **vous** n'avez pas le droit de prendre la responsabilité pour toute éventualité ni de **vous** engager dans une promesse **vous** liant **vous**, **vos** personnes à charge ou toute autre personne citée dans la **Police**.

23. Devise

Les limites monétaires applicables à **votre Police** sont exprimées en euros. Les demandes de remboursement payées en devise locale sont converties au taux de change indiqué sur le site www.oanda.com au moment où nous traitons la demande.

24. Arbitrage

En cas de conflit, une procédure d'expertise à l'amiable est obligatoire, sous réserve de l'exercice de leurs droits par les parties. Chaque partie choisit un expert. Si les experts désignés ne trouvent pas d'accord, ils nommeront un troisième expert. Les trois experts doivent collaborer sur la base d'un vote à la majorité. Si l'une des parties ne désigne pas d'expert ou si les deux experts désignés ne sont pas d'accord sur le choix d'un troisième expert, la nomination sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance de la juridiction d'où émane la demande de remboursement. Cette nomination doit être effectuée sur simple demande de la partie la plus diligente, 15 jours après l'envoi d'une lettre recommandée notifiant officiellement l'autre partie. Chaque partie doit assumer les dépenses et les honoraires de son propre expert et, le cas échéant, la moitié des honoraires du troisième expert ainsi que les dépenses relatives à sa nomination.

DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Dans le cas d'une demande de remboursement, les procédures suivantes doivent être appliquées.

Demandez un formulaire de remboursement aussi rapidement que possible auprès de:

Première Administration Services
37, rue Anatole
F- 92300 Levallois Perret
France
Tél +33 (0) 1 77 68 01 64
Email AGBPremiereClaims@aetna.com

POUR LES FRAIS ENGENDRÉS EN FRANCE

Un formulaire de demande de remboursement dûment rempli ainsi que toutes les factures, les reçus originaux et le décompte des montants remboursés par la CPAM doivent être envoyés aux Service d'administration première dans les six mois qui suivent la demande de remboursement. Une demande incomplète risque de retarder son traitement.

Si la demande est relative à une naissance, veuillez joindre une copie du certificat de naissance de l'enfant. Lorsque cela est possible, **nous** payons vos dépenses médicales directement auprès de l'**hôpital** ou tout autre prestataire de services. Dans le cas où **nous vous** payons directement, le remboursement dépend de l'acceptation de notre chèque de remboursement qui représente le règlement total et définitif de votre demande.

POUR LES FRAIS ENGENDRÉS EN DEHORS DE LA FRANCE

Veuillez **vous** assurer que tous les frais pour le **traitement** non urgent pour un **patient hospitalisé** ou un **patient journalier** ainsi que TOUTS les scanners IRM et CT ont été approuvés par écrit (fax, e-mail ou courrier) par **nous-même** ou notre service d'assistance médicale avant que TOUT **traitement** prévu soit donné. La notification de tout **traitement facultatif** ou non urgent doit nous être transmise par écrit aussi vite que possible et au moins 48 heures avant l'admission à l'**hôpital**.

Un traitement **prévu** et effectué sans **notre** accord préalable est susceptible de ne pas être complètement remboursé selon les termes et conditions de cette **Police**. Une confirmation orale ne constitue pas un accord préalable. En cas de doute, veuillez contacter **notre** Service d'assistance médicale en composant le numéro indiqué sur **votre** carte de membre AGB.

En cas de véritable urgence médicale, la ligne de notre Service d'assistance médicale est disponible 24h sur 24, 365 jours par an et met à **votre** service des opérateurs polyglottes capables d'organiser **votre** admission à l'**hôpital**, les transferts en ambulance et une évacuation aéroportée en cas de besoin. Pour une assistance médicale, veuillez composer le numéro indiqué sur **votre** carte de membre AGB. **Vous** devrez donner **votre** nom, **votre** numéro de **police**, numéro de téléphone et/ou de fax, **votre** situation géographique et décrire le problème médical. En cas de doute sur les démarches à suivre, veuillez contacter **notre** Service d'assistance médicale.

Patient hospitalisé et patient journalier

Les procédures suivantes doivent être appliquées dans le cas d'une hospitalisation prévue pour un **patient hospitalisé** ou un **patient journalier**. L'ensemble de vos dépenses ne pourra pas être remboursé si vous ne suivez pas les instructions suivantes:

- i) Veuillez contacter **notre** Service d'assistance médicale aussi vite que possible avant l'admission à l'**hôpital** en donnant tous les détails de la condition et du **traitement** proposé, y compris les dates et le nom de l'intervention (si **vous** le connaissez) ainsi que le nom du **spécialiste** et les coordonnées de l'**hôpital**. (Le numéro de téléphone est indiqué sur **votre** carte de membre AGB.)
- ii) Le Service d'assistance médicale **vous** indiquera si toutes les informations nécessaires ont été fournies pour confirmer **votre** couverture. Sinon, la liste des informations nécessaires **vous** sera transmise.
- iii) Lorsque les informations nécessaires à **votre** demande auront été recueillies, le Service d'assistance médicale **vous** confirmera oralement la base de **votre** couverture et **vous** enverra ensuite une confirmation écrite.
- iv) Le Service d'assistance médicale tentera toujours de payer directement l'**hôpital** pour toutes les factures prises en charge. Le cas échéant, **vous** devez envoyer l'original de la demande de remboursement ainsi que les factures non payées (si elles vous ont été remises à l'**hôpital**) aux Services d'administration première.
- v) Veuillez remplir une demande de remboursement nouvelle et séparée pour chaque personne assurée, chaque nouvelle **condition médicale** et chaque admission à l'**hôpital**.

Admissions d'urgence

En cas d'admission d'urgence, **vous** devez contacter le Service d'assistance médicale aussi rapidement que possible après l'admission et suivre les instructions indiquées ci-dessus pour un **patient hospitalisé** ou un **patient journalier**. Veuillez à ne pas retarder l'obtention d'un traitement d'urgence.

Patient externe

Lorsque **vous** recevez un traitement en tant que **patient externe, vous** devez payer l'ensemble des frais au moment de la **consultation** et **vous** faire rembourser auprès de **nous**. Veillez à ce que le formulaire de demande de remboursement soit dûment rempli par **vous-même** et **votre médecin généraliste** ou **spécialiste**. Veuillez, ensuite, l'adresser aux Services d'administration première avec tous les documents prouvant la validité de **votre** demande, y compris, entre autres, la facture originale et la preuve de paiement, l'ordonnance ainsi qu'un diagnostic écrit du **médecin généraliste**. Si **vous** n'établissez pas la validité de **votre** demande de remboursement, celle-ci est susceptible d'être retardée ou rejetée.

Nous nous réservons le droit de rejeter toute demande de remboursement qui n'est pas transmise dans un délai de six mois.

Lorsqu'une franchise s'applique à votre **police**, le paiement de toute prestation ne se fait que si la somme totale des dépenses générées pour le **traitement** couvert par les termes de cette **Police** dépasse la franchise de chaque **période de couverture**. Le **titulaire de la police** est responsable du montant de la franchise qui doit être directement fixé avec le médecin traitant.

Tous documents et matériaux (y compris, entre autres, les originaux des factures, les certificats et les radiographies) que **nous** exigeons pour attester une demande de couverture ou un changement de couverture sont à fournir à **vos** frais (y compris si l'on **vous** réclame avant toute demande, un rapport médical du **médecin généraliste** ou **spécialiste** de l'assuré(e) et le détail des antécédents médicaux de l'assuré(e)).

Si **nous** demandons des informations médicales, auxquelles **nous** n'avons pas accès, pour étudier **votre** demande, il est de la responsabilité de l'assuré(e) de se procurer ces informations auprès de son **médecin généraliste** ou de la personne appropriée.

Toutes les demandes de remboursement ne doivent concerner que le **traitement** effectivement administré pendant une **période de couverture**, et la **prestation** n'est disponible que pour les dépenses occasionnées avant l'expiration ou la résiliation de la couverture en question.

Les formulaires de demande de remboursement doivent être envoyés à l'adresse suivante:

Première Administration Services
37, rue Anatole
F- 92300 Levallois Perret
France
Tél +33 (0) 1 77 68 01 64

AETNA GLOBAL BENEFITS®

www.goodhealthworldwide.com/premiere

Le Premiere Health Care Plan est géré par Medical Administrators International S.A.S. 37, rue Anatole, F- 92300 Levallois Perret, France. Tel: +33 (0) 1 77 68 01 64, Fax: +33 (0) 1 77 68 01 68. Société par Actions Simplifiée de courtage d'assurances au capital de 200 000 Euros R.C.S. PARIS B 451 649 982 - APE 672Z. Garantie Financière et Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux articles L 530-1 et L 530-2 du Code des Assurances.

Aetna Global Benefits® est une marque déposée américaine et européenne d'Aetna Inc. Aetna® est une marque d'Aetna Inc. et est protégée dans le monde par les traités relatifs à l'enregistrement des marques.

Les polices sont délivrées, tacites et réassurées en Europe par la Société Aetna Health Insurance en Europe, Limited, Aetna Life & Casualty (Bermudes) Ltd. Elles sont délivrées et administrées par Goodhealth Worldwide (Europe) Limited, une compagnie Aetna et réglementées par le Ministère des Services Financiers. Adresse sur le registre : 76 Shoe Lane, Londres EC4A 3JB. Enregistrée en Angleterre et au Pays de Galles sous le n° 04548434.

Aucune garantie ni représentation n'est donnée, implicitement ou explicitement, quant à l'exactitude ou la complétude des informations contenues dans ce document. En conséquence de quoi, les informations sont présentées uniquement à titre indicatif. Vous êtes invités à vérifier les informations mentionnées avant de vous y conformer. Vous ne devez pas vous baser uniquement sur ces informations mais faire appel à un avis juridique indépendant. Nous ne sommes pas responsable pour toute perte ou préjudice, direct ou indirect, suite à l'utilisation des informations et matériels contenus dans ce document.

Aetna ne fournit pas de soins et ne garantit pas l'accès aux services de santé. Tous les services de santé ne sont pas couverts. Les programmes d'informations sur la santé transmettent des informations générales et ne se substituent pas à un diagnostic ou un traitement donné par un professionnel de la santé. Consultez le sommaire des documents pour une description complète des prestations, exclusions, limitations et condition de couverture. Il est considéré que les informations fournies sont correctes, telles qu'à la date de production ; elles sont toutefois sujettes à modifications.

Pour plus d'informations sur les programmes d'Aetna Global Benefits, visitez le site www.aetnaglobalbenefits.com.

