Couverture santé de l'Organisation mondiale du commerce
Entrée en vigueur le 1er janvier 2019

Guide de l'affilié

Allianz Care

Bienvenue

L'Organisation mondiale du commerce (ci-après dénommé OMC) vous propose, ainsi qu'à votre famille, une couverture santé sur mesure d'une qualité supérieure, administrée par Allianz Care. Vous pouvez compter sur nous pour avoir accès aux meilleurs soins possibles, où que vous soyez dans le monde.

Ce guide comprend deux sections : La section « Comment utiliser votre couverture » est un récapitulatif de toutes les informations importantes que vous êtes susceptible d'utiliser de manière régulière. La section « Conditions générales de votre couverture » fournit des détails sur votre couverture.

COMMENT UTILISER VOTRE COUVERTURE ?

Les services réservés aux affiliés 5
Aperçu de la couverture médicale de l'OMC 14
Besoin de recevoir des soins ? 18

CONDITIONS GÉNÉRALES

Gestion de votre police 22
Continuation de couverture pour les particuliers (sauf retraités) 24
Faire une réclamation 25
Annexe 1 - Informations sur la couverture 26
Annexe 2 - Demandes de remboursement des frais médicaux 42
Annexe 3 - Conditions générales supplémentaires 46
Annexe 4 - Protection des données et consentement du patient 48

AWP Health & Life SA est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09.

L'assureur est AWP Health & Life SA, société anonyme au capital de 65,190,446 €, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé à Eurosquare 2 - 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France. No. 401 154 679 RCS Bobigny, France. Numéro de TVA : FR 84 401 154 679 AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.

L'administrateur de votre assurance est AWP Health & Life Services Limited - succursale belge, située place du Samedi 1, 1000 Bruxelles, Belgique. TVA : BE 0843.991.159. RPM Bruxelles : 843.991.159. IBAN : BE65363102631696. BIC: BBRUBEBB AWP Health & Life Services Limited exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.

COMMENT UTILISER VOTRE COUVERTURE ?

LES SERVICES RÉSERVÉS AUX AFFILIÉS

Nous faisons la différence en vous offrant un service d'excellence, où que vous soyez et à tout moment !

Dans les pages suivantes, nous décrivons l'ensemble des services que nous offrons à nos membres. Découvrez tous les services à votre disposition, de nos Services en ligne à notre application MyHealth.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

Notre équipe de professionnels est disponible 24 h/24, 7 j/j7 pour répondre à vos questions concernant votre police ou si vous avez besoin d'aide en cas d'urgence. Les membres du service téléphonique peuvent accéder instantanément aux détails de votre couverture santé de l'OMC afin de vous fournir l'aide nécessaire telle que confirmer la prise en charge d'un traitement ou vous informer sur l'état de vos demandes de remboursement.

Service téléphonique (partout dans le monde) : +32 2 210 66 10

Numéros gratuits du service téléphonique d'Allianz Care depuis :
La Suisse, la France, l'Espagne et le Royaume-Uni : +800 2210 6610
Les États-Unis et le Canada : +1 844 7325 497

E-mail: WTO@allianzworldwidecare.com

Fax: +32 2 210 6506

Veuillez noter que les appels téléphoniques peuvent être enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité de nos services et pour des raisons réglementaires.

Saviez-vous...

... que la plupart de nos affiliés trouvent que leurs demandes sont traitées plus rapidement quand ils nous appellent ?

Et si je dois recevoir des soins aux États-Unis ?

La couverture santé de l'OMC et les conditions de son application sont les mêmes aux États-Unis et dans le reste du monde.

Afin de vous fournir un service local efficace, nous avons sélectionné Olympus Managed Healthcare pour gérer, en notre nom, votre police d'assurance santé aux États-Unis. Pour toute question, veuillez contacter le service téléphonique d'Olympus :

(+1) 800 541 1983
(gratuit depuis les États-Unis)

Si vous souhaitez localiser un prestataire de santé faisant partie du réseau aux États-Unis, rendez vous sur :
www.allianzworldwidecare.com/olympus

OLYMPUS

Tous les affiliés qui voyagent ou résident aux États-Unis peuvent demander une carte de réduction en pharmacie qui peut être utilisée pour les médicaments prescrits et pour ceux disponibles sans ordonnance, quelle que soit la couverture santé de l'OMC dont vous bénéficiez. Pour vous enregistrer et obtenir cette carte, veuillez vous rendre sur

http://members.omhc.com/awc/prescriptions.html

et cliquer sur « Print Discount Card ».

Conseils médicaux, assistance en cas d'urgence, évacuations et rapatriements lorsque vous êtes à l'étranger

Votre couverture prend en charge les conseils médicaux, l'assistance en cas d'urgence, les évacuations et les rapatriements avec International SOS* lorsque vous êtes en déplacement professionnel ou dans le cadre privé. Si vous souhaitez obtenir une carte ISOS, veuillez en faire la demande auprès de la division des ressources humaines de l'OMC. Veuillez contacter directement International SOS si vous avez besoin de conseils médicaux ou d'assistance :

Numéro d'affilié de l'OMC : 22ACPS000003

Genève : +41 22 785 64 64

Londres +44 20 8762 8008

Philadelphie : +1 215 942 8226

Singapour : +65 6338 7800

Site Internet: www.internationalsos.com

Si vous avez besoin d'être hospitalisé(e) à la suite d'une intervention d'ISOS, veuillez contacter le service téléphonique d'Allianz Care. Allianz Care se chargera de l'entente préalable et du règlement des frais médicaux.

**Veuillez noter que les conseils médicaux, l'assistance en cas d'urgence, les évacuations et rapatriements sont des garanties prises en charge et fournies par ISOS International, conformément à l'accord signé entre l'OMC et ISOS International.*

Les coordonnées ci-dessus sont uniquement fournies à titre d'information et ne créent aucune obligation pour AWP Health & Life au regard des garanties précitées. ISOS International n'agit pas en qualité de prestataire de services d'AWP Health & Life sous la présente police d'assurance santé.

L'application MyHealth

Notre application innovante MyHealth a été conçue pour que vous puissiez accéder à votre couverture facilement, où que vous soyez dans le monde. Si votre employeur a sélectionné pour vous les Services en ligne, vous pourrez accéder aux fonctions suivantes depuis votre portable :

MES DEMANDES DE REMBOURSEMENT :
Envoyez vos demandes de remboursement en 3 étapes simples et consultez l'historique de vos demandes de remboursement.

MES CONTACTS :
Accédez à notre service d'assistance téléphonique multilingue disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et aux numéros d'urgence locaux.

TROUVER UN HÔPITAL :
Localisez les prestataires de santé à proximité et obtenez les directions GPS.

LE VÉRIFICATEUR DE SYMPTÔMES :
Pour une évaluation simple et rapide de vos symptômes.

Autres services : Accédez aux documents relatifs à votre police et à votre carte d'affiliation immédiatement, et obtenez la traduction d'une expression médicale courante dans l'une des 17 langues disponibles.

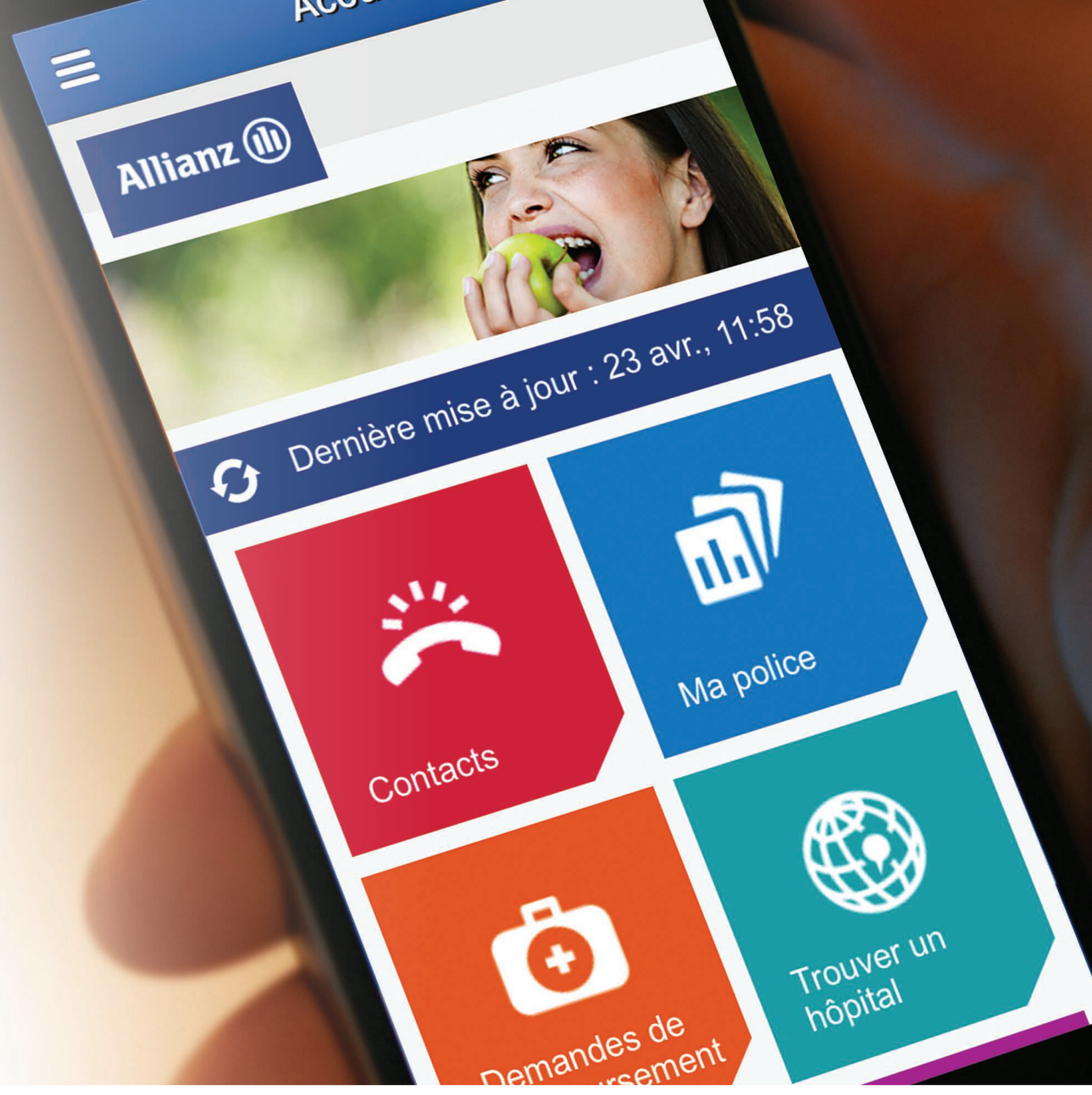
Toutes les informations personnelles contenues sur l'application MyHealth sont cryptées pour des raisons de protection des données. La plupart des fonctions sont disponibles même hors ligne.

POUR COMMENCER :

Téléchargement - vous pouvez télécharger l'application sur l'App Store ou Google Play, en tapant Allianz MyHealth et en suivant les instructions à l'écran.

Configuration initiale - une fois téléchargée, ouvrez l'application et entrez votre numéro de police. Puis, le cas échéant, enregistrez-vous pour recevoir un nom d'utilisateur et un mot de passe temporaire. Sinon, veuillez entrer vos informations de connexion comprises dans votre pack d'adhésion. Quand on vous le demandera, changez le mot de passe temporaire pour un mot de passe facile à mémoriser. Si vous réinstallez l'application ou l'installez sur un autre appareil, veuillez suivre les mêmes instructions. Veuillez noter que vous pouvez également utiliser ces informations pour vous connecter à nos Services en ligne.

Création du code PIN - enfin, créez votre code PIN. Dans le futur seul votre code PIN sera nécessaire pour accéder à l'application Allianz MyHealth et à toutes ses fonctions.



Pour plus d'informations, rendez-vous sur :
www.allianzworldwidecare.com/fr/ressources/view/ressources-pour-les-affilies/lapplication-myhealth

Download on the App Store | GET IT ON Google Play

Services en ligne

Nos Services en ligne sont accessibles depuis my.allianzworldwidecare.com et vous permettent les actions suivantes :

- Télécharger les documents relatifs à votre police, y compris votre carte d'affiliation et votre certificat d'assurance.
- Consulter votre tableau des garanties et vérifier le montant de remboursement encore disponible.
- Confirmer le statut des demandes de remboursement soumises et visualiser la correspondance échangée à ce sujet.
- Afficher et modifier vos coordonnées en ligne, telles que votre adresse de correspondance, e-mail et numéro de téléphone.
- Récupérer de manière sécurisée votre nom d'utilisateur et votre mot de passe en cas de perte ou d'oubli.

Pour accéder à nos services en ligne, rendez-vous sur my.allianzworldwidecare.com et :

1. Connectez-vous à l'aide de votre nom d'utilisateur et votre mot de passe temporaire compris dans votre Pack d'adhésion. Veuillez noter que les majuscules et minuscules doivent être respectées.
2. Quand on vous le demandera, changez le mot de passe temporaire pour un mot de passe facile à mémoriser. Veuillez conserver ces informations en lieu sûr, vous en aurez encore besoin ! Vous pouvez également utiliser ces informations pour vous connecter à notre application MyHealth.
3. Cliquez sur « Connexion » et c'est parti.

Important : Si vous n'avez pas encore reçu votre pack d'adhésion ou si vous ne parvenez pas à accéder aux Services en ligne, veuillez contacter le service téléphonique d'Allianz Care.

APERÇU DE LA COUVERTURE MÉDICALE DE L'OMC

Vous trouverez ci-dessous un récapitulatif pour vous aider à comprendre l'étendue de votre couverture. Pour plus d'informations sur votre couverture, veuillez consulter l'annexe 1 (« Informations sur la couverture ») comprise à la fin de ce guide.

La couverture santé de l'OMC prend en charge les traitements médicaux et médicamenteux qui sont médicalement nécessaires et appropriés en cas de maladie, d'accident et de maternité, de soins préventifs, de soins à domicile ou soins auxiliaires, de traitements dentaires et optiques, pour les employés actifs et retraités et leurs ayants droit.

En tant que compagnie d'assurances, nos clients attendent de nous que nous contrôlions les frais médicaux, dans la mesure du possible, dans le but de maintenir les primes d'assurances santé à un niveau abordable. Pour ce faire, notre équipe de professionnels de la santé expérimentés s'assure que les interventions médicales planifiées sont appropriées et médicalement nécessaires et que les frais sont conformes aux procédures médicales standard et généralement reconnues dans le pays où les soins sont dispensés. Par médicalement nécessaires, il faut entendre que les soins doivent être donnés en quantité et en qualité appropriées pour traiter la pathologie, la maladie ou la blessure du patient. Pour cette raison, Allianz Care peut demander des informations complémentaires afin de s'assurer que le traitement est médicalement nécessaire et approprié, et que les frais sont raisonnables et d'usage pour le pays où les soins sont dispensés.

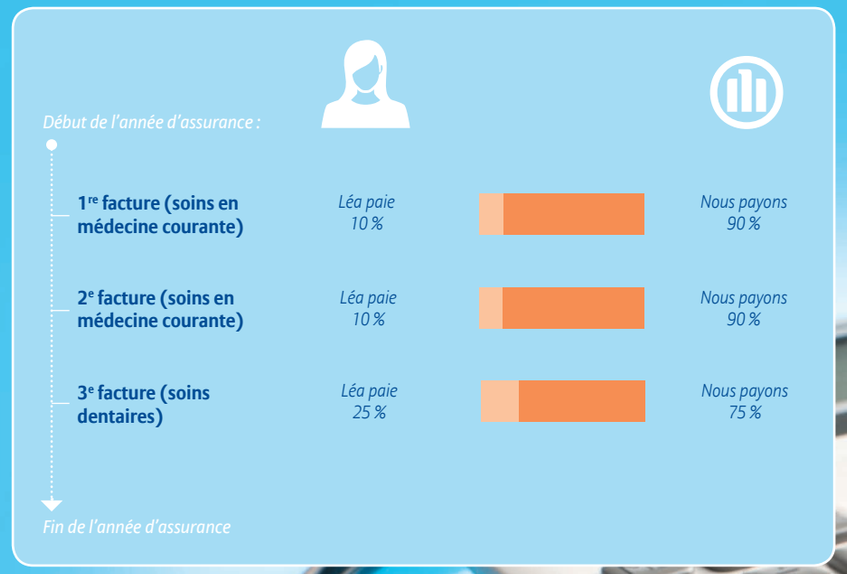
Veuillez noter que la couverture est soumise aux conditions générales du contrat passé entre l'OMC et Allianz Care. Pour toutes questions, veuillez contacter le service téléphonique pour obtenir la confirmation des prestations à votre disposition.

Qu'est-ce qu'une franchise et une quote-part, un plafond de garantie et la participation annuelle maximale ?

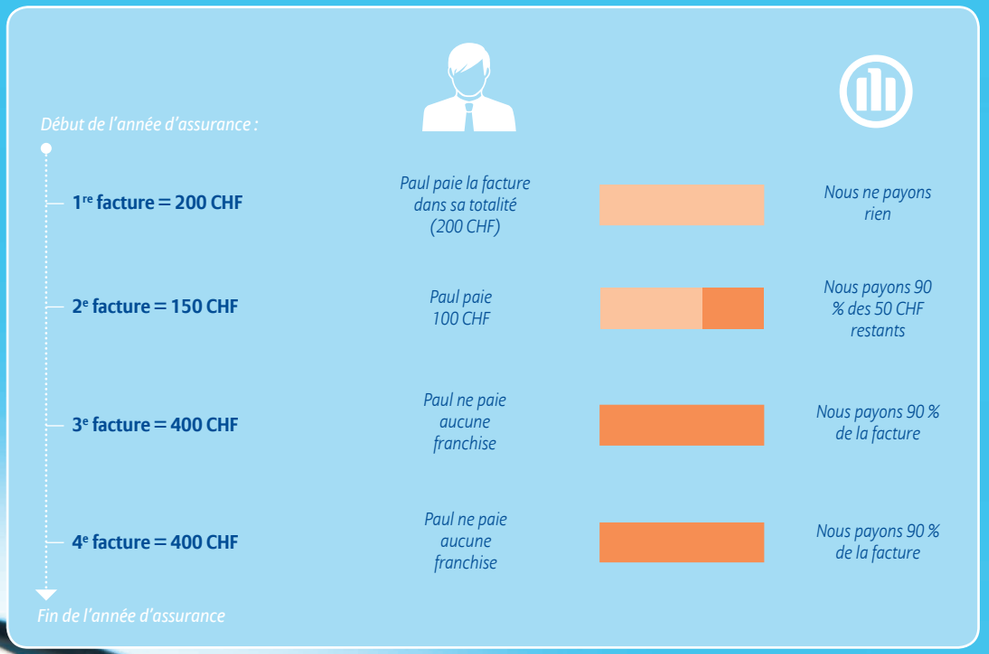
Certaines garanties comprises dans la couverture santé de l'OMC sont soumises à des quotes-parts et/ou une franchise, un plafond de garantie et une participation annuelle maximale. Toutes les informations sont disponibles dans l'annexe 1.

Une **quote-part** est un pourcentage des frais médicaux dont vous devez vous acquitter. Dans l'exemple suivant, Léa doit recevoir des soins dentaires à plusieurs reprises au cours de l'année. Sa formule Médecine courante comprend une quote-part de 10 %. Cela signifie que nous rembourserons 90 % des frais. Quant à sa garantie « soins dentaires », elle comprend une quote-part de 25 %. Cela signifie que nous rembourserons 75 % des frais. Le montant total que nous verserons peut être soumis à un plafond global.

Veuillez noter que la couverture santé de l'OMC est soumise à une quote-part de 10 % pour les soins en médecine courante et à une quote-part de 25 % pour les soins dentaires.



Une **franchise** est un montant fixe dont personne assurée doit s'acquitter pour une période de couverture (lors du règlement de frais médicaux) avant que nous ne commencions à rembourser les frais médicaux. Dans l'exemple suivant, Paul a besoin de recevoir des soins au cours de l'année. Sa formule comprend une franchise de 300 CHF.



Contribution de l'assureur
Contribution de la personne assurée

BESOIN DE RECEVOIR DES SOINS ?

Soins en médecine courante

Soins ou traitements ambulatoires/en médecine courante : traitements pratiqués par un médecin, thérapeute ou spécialiste dans son cabinet médical ou chirurgical et qui ne nécessite pas l'admission du patient dans un hôpital.

Une entente préalable doit être obtenue pour certains soins en médecine courante. Veuillez consulter les conditions qui s'appliquent dans l'annexe 1 (« Informations sur la couverture »). Si vous souhaitez de plus amples informations, veuillez contacter le service téléphonique d'Allianz Care.

Pour connaitre la procédure de demande de remboursement, veuillez consulter l'annexe 2 (« Demandes de remboursement des frais médicaux »).

Soins hospitaliers

Traitement hospitalier : traitement reçu dans un hôpital nécessitant la garde médicale de l'assuré pendant la nuit.

La procédure d'entente préalable nous permet d'évaluer chaque cas, de nous charger des formalités avec l'hôpital avant votre admission et de mettre en place le règlement direct des frais hospitaliers, lorsque cela est possible.

Une entente préalable doit être obtenue à l'aide du formulaire d'entente préalable pour toutes les hospitalisations planifiées (qui ne font pas suite à une urgence).

Téléchargez le formulaire d'entente préalable sur **my.allianzworldwidecare.com**

Envoyez ce formulaire dûment rempli à **WTO@allianzworldwidecare.com** au moins une semaine avant le début du traitement. Les informations du formulaire d'entente préalable peuvent également être recueillies par téléphone lorsque vous nous appelez au +32 2 210 66 10 (vous pouvez également utiliser nos numéros gratuits indiqués en dernière page de ce document).

Nous contacterons votre prestataire de santé directement. Dans certains cas, des informations complémentaires peuvent être demandées. Une fois votre traitement autorisé, nous fournirons une garantie de paiement à votre prestataire de santé et vous en serez informé(e).

Lorsque cela et possible et sous réserve d'un préavis suffisant, nous organiserons le règlement avec le prestataire médical directement ou par le biais de nos partenaires en Suisse (Uniqa) ou aux États-Unis (Olympus). Le règlement direct vous évite d'avancer les frais d'hospitalisation. Allianz Care prend vos frais en charge en traitant directement avec l'hôpital.

En cas d'urgence :

Recevez les soins d'urgence dont vous avez besoin et appelez-nous si vous avez besoin d'aide.

Vous-même, votre médecin, un ayant droit ou un collègue devez appeler notre service téléphonique (**dans les 48 heures** suivant l'urgence) pour nous informer de votre hospitalisation. Les informations du formulaire d'entente préalable pourront être recueillies par téléphone lorsque vous nous appelez.

Si les soins doivent avoir lieu dans les 72 heures, nous pourrons remplir le formulaire d'entente préalable par téléphone. Veuillez noter que nous pouvons refuser une demande de remboursement en l'absence d'entente préalable. Toutes les informations concernant notre procédure d'entente préalable sont disponibles dans la section des conditions générales de ce document (page 41).

CONDITIONS GÉNÉRALES DE VOTRE COUVERTURE

GESTION DE VOTRE POLICE

Ajouter un ayant droit

Vous pouvez demander à inclure un ou tous les membres de votre famille en tant qu'ayants droit, à condition que le contrat passé entre l'OMC et nous vous y autorise. Les demandes pour ajouter des ayants droit doivent être adressées par écrit à la division des ressources humaines de l'OMC à

@ medicalplan@wto.org

Changement d'adresse ou d'e-mail

Toute correspondance sera envoyée aux coordonnées indiquées dans nos registres sauf indication contraire. Veuillez informer la division des ressources humaines de l'OMC par écrit le plus rapidement possible de tout changement d'adresse privée ou d'e-mail à

@ medicalplan@wto.org

Annulation de la couverture santé de l'OMC

Toute annulation de la couverture santé de l'OMC nous est communiquée par l'OMC. Aucune annulation ne peut pas être effectuée de manière rétroactive. Votre couverture se terminera le dernier jour du mois.

Veuillez contacter la division des ressources humaines de l'OMC à

@ medicalplan@wto.org

pour toute information concernant les annulations.

Les employés sous contrat à durée déterminée et employés permanents de l'OMC :
Si vous quittez l'organisation et cessez votre activité, votre couverture prendra fin automatiquement. Vous pouvez continuer à bénéficier de votre couverture sur une base individuelle. Pour plus d'informations sur cette option, veuillez consulter la page suivante de ce document. Votre couverture individuelle sera limitée à une période maximale de deux ans.

Les ayants droit d'employés sous contrat à durée déterminée et employés permanents de l'OMC :
En tant que titulaire de la police, vous pouvez annuler la couverture de vos ayants droit quand vous le souhaitez (la couverture sera annulée à la fin du mois) en envoyant un formulaire d'annulation à la division des ressources humaines de l'OMC. Veuillez noter que l'annulation de la couverture de vos ayants droit est généralement définitive.

En tant qu'ayants droit, les enfants du titulaire de la police peuvent bénéficier de la couverture santé de l'OMC jusqu'à l'âge de 30 ans. Ils peuvent continuer à bénéficier de la couverture sur une base individuelle. Pour plus d'informations sur cette option, veuillez consulter la page suivante de ce document. La couverture individuelle sera limitée à une période maximale de deux ans.

Les employés de courte durée :
Si vous quittez l'organisation et cessez votre activité, votre couverture prendra fin automatiquement à la fin du mois. Vous pouvez continuer à bénéficier de votre couverture sur une base individuelle. Pour plus d'informations sur cette option, veuillez consulter la page suivante de ce document. Votre couverture individuelle sera à limitée à la durée de votre participation à la couverture santé de l'OMC.

Les retraités :
Les employés retraités et les ayants droit qui qualifient pour une couverture ainsi que les personnes divorcées qui ont choisi de continuer à bénéficier de la couverture, resteront couverts tant qu'ils s'acquitteront du paiement de leurs cotisations. Le non-paiement des cotisations pour une période de six mois entrainera la fin de la participation à la couverture santé de l'OMC.

Veuillez noter qu'une fois votre police résiliée, votre couverture prendra fin. Les traitements en cours ou les soins complémentaires nécessaires après la date d'expiration ne seront plus pris en charge. Cependant, les frais couverts par la police d'assurance et engagés durant la période de couverture peuvent être remboursés pendant une durée maximale de 18 mois après la date de traitement.

CONTINUATION DE COUVERTURE POUR LES PARTICULIERS (SAUF RETRAITÉS)

Les anciens membres du personnel, y compris les employés de courte durée, qui ne reçoivent pas de pension (ou qui ne sont pas habilités à recevoir une pension différée ou qui ont quitté l'OMC à l'âge de 50 ans ou après 50 ans) du régime de retraite de l'OMC ou du fonds de pension du personnel des Nations unies, ainsi que les ayants droit assurés au moment où le contrat de travail se termine, et les anciens ayants droit des membres du personnel de l'OMC, et des employés retraités, peuvent prendre part à la continuation de couverture pour une période limitée.

La participation à la couverture est limitée à la durée du contrat de travail ou à une durée maximale de deux ans (la durée la plus courte prévaudra). La durée maximale de deux ans ne s'applique pas lorsque l'OMC et Allianz Care ont décidé d'étendre la couverture si la personne assurée n'est pas en mesure, pour raisons médicales, d'obtenir une autre couverture santé appropriée.

Pour les employés de l'OMC sous contrat de courte durée, la durée totale est limitée à la durée de participation à la couverture santé avant de quitter l'OMC.

Veuillez noter que la prime de la continuation de couverture n'est pas prise en charge par l'OMC et, est différente de la prime de la couverture santé principale de l'OMC. Par ailleurs, lorsque vous commencez à bénéficier d'une continuation de couverture, les plafonds, franchises et quotes-parts sont remis à zéro et ne prennent pas en compte le précédent solde de la couverture santé de l'OMC.

Si vous souhaitez bénéficier de cette option, veuillez contacter notre service téléphonique au

+32 2 210 66 10

WTO@allianzworldwidecare.com

dans un délai d'un mois à compter de la date d'annulation de la couverture santé.

Veuillez noter que votre affiliation prendra automatiquement fin si vous ne payez pas votre prime avant ou à la date d'échéance.

FAIRE UNE RÉCLAMATION

Si vous avez des commentaires ou souhaitez faire une réclamation, veuillez nous contacter :

+32 2 210 66 10

WTO@allianzworldwidecare.com

+32 2 210 65 06

Allianz Care, 1 place du Samedi, 1000 Bruxelles, BELGIQUE

Nous traiterons votre réclamation conformément à notre procédure interne de traitement des réclamations. Pour plus d'informations, rendez-vous sur :
https://www.allianzworldwidecare.com/fr/procedure-de-traitement-des-reclamations/

Vous pouvez également contacter notre service téléphonique pour obtenir un exemplaire de cette procédure.

ANNEXE 1 - INFORMATIONS SUR LA COUVERTURE

Cette section offre une description détaillée de la couverture santé de l'OMC.

Définitions

Chambre particulière
Une chambre particulière comprend un seul lit, à la différence des chambres communes ou semi-privées qui comprennent plus d'un lit par chambre. Afin d'évaluer le type d'hébergement correspondant à la présente police d'assurance médicale, l'assureur suivra la classification fournie par l'hôpital où les soins sont dispensés.

Chambre semi-privée
Une chambre d'hôpital partagée par deux personnes, comprenant normalement un rideau qui divise la chambre en deux parties offrant ainsi aux patients une certaine intimité.

Chambre commune
Une grande chambre d'hôpital permettant l'accueil de plus de deux patients.

Infertilité primaire
Infertilité médicalement diagnostiquée.

Validités des ordonnances
Un an (y compris pour les ordonnances portant la mention 'utilisation permanente').

Plafond
La compensation ou la durée maximale (ou les deux) couverte pour une garantie spécifique.

Soins en médecine courante/chirurgie ambulatoire/soins de jour
Soins ambulatoires, pour lesquels la date d'admission est identique à la date de sortie.

Soins en hospitalisation
Soins reçus dans le cadre d'une hospitalisation, pour lesquels la date d'admission diffère de la date de sortie (séjour d'au moins une nuit).

Année d'assurance
L'année d'assurance couvre la période du 1er janvier au 31 décembre

Entente préalable
L'entente préalable signifie que le remboursement est garanti uniquement dans les cas où le conseiller médical d'Allianz Care donne son accord explicite pour le traitement, sur la base d'un certificat ou d'un rapport médical et d'un devis des frais fournis par le bénéficiaire ou le prestataire de santé au moins une semaine avant la date de l'intervention prévue.

L'entente préalable permet de confirmer que les soins prévus sont appropriés et médicalement nécessaires. Par médicalement nécessaires, il faut entendre que les soins doivent être donnés en quantité et en qualité appropriées pour traiter la pathologie, la maladie ou la blessure du patient.

Hospitalisation :
L'entente préalable du conseiller médical d'Allianz Care est requise pour toutes les hospitalisations non urgentes.

En cas d'urgence, l'autorisation peut être obtenue après coup, selon les mêmes critères médicaux.
Les autres traitements pour lesquels l'entente préalable du conseiller médical d'Allianz Care est requise sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

Nécessité médicale
Les services médicaux et le matériel qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :

(a) Être nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient.
(b) Être appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient.
(c) Être conformes aux pratiques médicales généralement reconnues et aux standards professionnels de la communauté médicale en application au moment des soins. À l'exception de la médecine douce couverte par la Couverture santé de l'OMC, comme indiqué ci-dessus.
(d) Être requis pour des raisons autres que le confort ou la commodité du patient ou de son médecin.
(e) Avoir un effet médical prouvé et démontré. À l'exception de la médecine douce couverte par la Couverture santé de l'OMC, comme indiqué ci-dessus.
(f) Être considérés comme du type et du niveau le plus approprié.
(g) Être prodigués dans un établissement et une salle appropriés et être de qualité appropriée pour traiter l'état médical du patient.
(h) Être fournis uniquement durant une période appropriée.

Dans cette définition, le terme « approprié » prend en considération la sécurité du patient et le coût du traitement. Concernant une hospitalisation, "médicalement nécessaire" signifie aussi que les soins ou diagnostics ne peuvent pas être effectués avec prudence et efficacité en médecine courante.

Soins palliatifs/Soins en hospice
Les soins médicaux pour les personnes en fin de vie, dispensés dans un établissement médical comme un hôpital ou un centre de soins palliatifs/un hospice où une équipe médicale complète (médecins et infirmiers(ères)) est présente sur place 24 h/24, 7 j/7. Ces soins peuvent également être couverts s'ils sont dispensés à domicile sous la supervision d'un professionnel de santé. Les soins pour les personnes en fin de vie qui peuvent être dispensés à domicile ou dans un hospice où seuls le personnel soignant et les infirmiers(ères) administrent les soins, ne sont pas remboursés.

Médicaments génériques
Copie des médicaments de marque dont le dosage, l'utilisation, les effets, les contre-indications, l'administration, les risques, la sécurité et la force sont exactement les mêmes que les médicaments d'origine. En d'autres termes, les effets pharmacologiques des médicaments génériques sont exactement les mêmes que ceux des médicaments d'origine.

Zone de couverture : mondiale

Nécessité médicale : Votre couverture santé de l'OMC prend en charge les traitements médicaux et les coûts, services et matériel associés, que nous jugeons médicalement nécessaires et appropriés pour traiter une maladie. Le diagnostic permet d'établir la nécessité médicale. Il doit donc être fourni pour permettre la prise en charge de certaines garanties indiquées dans les informations sur la couverture ci-dessous.

Maîtrise des coûts : En tant que compagnie d'assurances et administrateur de votre couverture santé, l'OMC attend de nous que nous contrôlions les frais médicaux, dans la mesure du possible, afin de maintenir les primes des couvertures santé à un niveau abordable. La coopération active des affiliés, qui passe par le contrôle de leurs dépenses de santé, est la mesure la plus efficace pour maitriser les coûts. Toutefois, vous pouvez choisir librement vos médecins, vos soins, vos conditions d'hospitalisation et vos médicaments en accord avec les conditions générales du contrat.

Raisonnable et d'usage : Les remboursement effectués sous la couverture médicale de l'OMC se limitent aux frais raisonnables et d'usage. Nous ne payons que les frais médicaux pris en charge par la couverture, s'ils sont raisonnables et d'usage et conformes aux pratiques médicales où le traitement est dispensé et si la qualité des soins est comparable à ceux disponibles dans le canton de Genève. Les frais doivent être soumis à la codification et tarification standard pour les procédures et traitements tels qu'ils sont référencés dans chaque pays, le cas échéant.

Le caractère excessif et inhabituel de frais médicaux peut entrainer le rejet total ou partiel d'un remboursement.

Prestataires de santé autorisés : Afin d'obtenir le paiement de votre demande de remboursement, veuillez noter que le prestataire de santé ou prestataire de service doit être titulaire d'une licence lui permettant de dispenser des soins et doit être légalement enregistré pour fournir le type de soins spécifiques dans le pays où le traitement ou les soins sont dispensés.

Les frais admissibles

Soins reçus dans le canton de Genève : Vos remboursements s'appuient sur des frais admissibles soumis à un plafond qui correspond aux :

- tarifs pratiqués dans le canton de Genève pour les soins en médecine courante ;
- tarifs négociés avec l'hôpital de la Tour (Meyrin, chambre particulière) en cas d'hospitalisation pour une pathologie aiguë ;
- tarifs négociés avec l'hôpital de la Tour (Meyrin, chambre particulière) en cas d'hospitalisation dans le cadre d'un traitement psychothérapeutique, traitement contre l'alcoolisme ou la toxicomanie, ou pour traiter une pathologie chronique.ou prolongée. Les traitements hospitaliers pratiqués à ce taux sont limités à quatre-vingt-dix jours ; au delà de cette période l'assureur vous remboursera à hauteur d'un taux standard.

Soins reçus hors du canton de Genève : Les personnes assurées peuvent recevoir des soins partout dans le monde. Les remboursements s'appuient sur les dépenses que nous jugeons raisonnables et d'usage localement, tant qu'elles ne dépassent pas les tarifs pratiqués pour les soins reçus dans le canton de Genève, comme indiqué ci-dessus.

Cependant, dans certaines circonstances exceptionnelles, les frais raisonnables et d'usage peuvent également dépasser, jusqu'à 50 %, les tarifs pratiqués pour les soins en médecine courante reçus dans le canton de Genève. Dans certaines circonstances exceptionnelles (en cas d'urgence), les frais raisonnables et d'usage peuvent également dépasser les tarifs pratiqués pour les soins en hospitalisation reçus dans le canton de Genève.

Dans certains cas exceptionnels, et si la nécessite médicale exige une admission dans une chambre particulière, ou en cas d'urgence où seule une chambre particulière est disponible, la couverture peut être étendue à 100 % pour l'hébergement, les honoraires de médecins et autres frais hospitaliers.

Franchise : La franchise comprise dans la couverture santé de l'OMC est de 300 CHF, s'applique par personne assurée et par année civile. Les adultes (à partir de l'âge de 21 ans) doivent s'acquitter de cette franchise avant qu'Allianz Care ne commence à rembourser les soins en médecine courante tels que :

- Les honoraires de médecins ;
- Les médicaments (sauf les médicaments achetés en France et les médicaments génériques qui sont remboursés à 100 % - pour les médicaments génériques : la personne qui demande le remboursement, le médecin et/ou le pharmacien doit indiquer sur l'ordonnance que le médicament est générique) ;
- Les analyses en laboratoires, les radiographies, etc. ;
- La kinésithérapie ;
- La chiropraxie ;

Les soins en médecine courante dans le cadre d'une grossesse, etc. La date à laquelle les dépenses ont été engagées détermine l'année civile pour la prise en charge des frais.

Participation maximale annuelle pour les soins en médecine courante soumis à une franchise : Une fois la montant total de la franchise payé, les soins en médecine courante sont remboursés à 90 %. Une quote-part de 10 % reste à la charge de la personne assurée. Cependant, la somme de toutes les quotes-parts par année civile est limitée à un montant maximal de :

- 700 CHF par adulte (à partir de 21 ans). Aussi, le montant total payable par la personne assurée (y compris la franchise) est de 700 CHF + 300 CHF = 1 000 CHF.
- 350 CHF pour un enfant ou 700 CHF à partir de deux enfants ou plus pour une même famille.

Une fois le montant maximal atteint, les soins en médecine courante soumis à une franchise et/ou une quote-part sont remboursés à 100 %.

Participation maximale annuelle pour les soins reçus dans le cadre d'une hospitalisation dans une chambre particulière : Si vous choisissez une chambre particulière (1 lit) pour votre hospitalisation, vous devrez vous acquitter de certains frais.

Les hospitalisations dans une chambre particulière sont remboursées à 90 %. Ainsi, une quote-part de 10 % s'applique sur les frais d'hébergement.

Une quote-part maximale de 1 000 CHF s'applique également sur les honoraires de médecins (chirurgiens, médecins traitants, assistants, anesthésistes, sages-femmes etc.).

Dans le cas où la nécessité médicale exige une admission dans une chambre particulière ou si, en cas d'urgence, seule une chambre particulière est disponible, la quote-part ne s'applique pas. Si cependant vous choisissez d'être admis(e) dans un hôpital où seules des chambres particulières sont disponibles, les quotes-parts s'appliquent.

Si vous choisissez une **chambre commune** (plus de 2 lits) ou **semi-privée** (2 lits) pour votre hospitalisation, tous les frais relatifs à l'hébergement ainsi que les honoraires de médecins (chirurgiens, médecins traitants, assistants, anesthésistes, sages-femmes etc.) sont pris en charge à 100 % par votre couverture santé de l'OMC.

LA SECTION CI-DESSOUS EST UN EXTRAIT À L'IDENTIQUE DE LA SECTION « COUVERTURE » DU CONTRAT D'ASSURANCE ENTRE L'OMC ET ALLIANZ CARE. VEUILLEZ NOTER QUE LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA COUVERTURE SANTÉ DE L'OMC PEUVENT ÊTRE MODIFIÉES CONFORMÉMENT À L'ACCORD PASSÉ ENTRE NOUS ET L'OMC. LE CONTRAT ET LE PRÉSENT DOCUMENT SONT MIS À JOUR CHAQUE ANNÉE POUR PRENDRE EN COMPTE CES CHANGEMENTS.

RÉCAPITULATIF DES GARANTIES

2.1 Hospitalisation

RÈGLES GÉNÉRALES POUR LES TRAITEMENTS EN HOSPITALISATION

Vous êtes couvert pour tous les actes médicaux et chirurgicaux généralement reconnus et raisonnables et d'usage, y compris si vous avez recours aux dernières technologies médicales. Avec la couverture santé de l'OMC, vous pouvez être traité par le médecin de votre choix, dans l'établissement médical de votre choix.

Si une hospitalisation est facturée par l'hôpital sous forme de forfait dans lequel les frais de pension, de soins médicaux et les honoraires de médecins ne sont pas facturés séparément, 80 % des coûts de la facture seront attribués aux soins médicaux, honoraires de médecins et autres frais hospitaliers. Les 20 % restants seront attribués aux frais de pension.

L'accord préalable de notre conseiller médical (fourni par le biais d'un formulaire d'entente préalable) est requis pour toutes les hospitalisations non urgentes. Pour toute hospitalisation de ce type, nous devons être informés au moins une semaine avant l'admission.

Table of Benefits	
Hébergement	Chambre particulière : 90 % des frais réels jusqu'au montant du tarif négocié avec l'hôpital La Tour (Meyrin, chambre particulière) Ce tarif est soumis à des changements périodiques. Veuillez consulter votre tableau des garanties disponible sur les Services en ligne pour vérifier le plafond actuel. Chambre semi-privée : 100 % des frais réels Chambre commune : 100 % des frais réels
Séjour en unité de soins intensifs (USI)	100 % des frais réels
Honoraires de médecins (chirurgien, médecin traitant, assistant, anesthésiste, sage-femme)	Chambre particulière : 90 % des frais réels, avec une quote-part de 1 000 CHF max. par personne et par an.
Autres frais hospitaliers (par ex. utilisation du bloc opératoire et équipement, laboratoire, radiographies, médicaments durant l'hospitalisation)	Chambre semi-privée : 100 % des frais réels Chambre commune : 100 % des frais réels
Accompagnateur	100 % des frais réels si le patient est âgé de moins de 12 ans
Chirurgie ambulatoire (bloc opératoire nécessaire)	100 % des frais réels
Chimiothérapie, radiothérapie, hémodialyse, etc.	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Chirurgie/admissions particulières	
Traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie	**Entente préalable requise.** Pris en charge comme une hospitalisation (voir 2.1) pour les premiers 90 jours, puis remboursé dans les limites du montant facturé par cet hôpital pour un séjour en chambre commune.
Admission en psychiatrie	**Entente préalable requise.** Pris en charge comme une hospitalisation (voir 2.1) pour les premiers 90 jours, puis remboursé dans les limites du montant facturé par cet hôpital pour un séjour en chambre commune.
Traitement de la stérilité : • Fécondation in vitro (FIV) • Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde (ICSI) Méthodes de collecte de sperme/d'ovules incluses : • Aspiration microchirurgicale du sperme épididymaire (MESA) • Aspiration percutanée du sperme épididymaire (PESA) • Cryopréservation • Aspiration de sperme testiculaire (TESA) • Extraction de sperme testiculaire (TESE)	**Entente préalable requise.** Remboursement soumis aux des règles générales applicables aux hospitalisations (voir 2.1) ou chirurgies ambulatoires. Uniquement en cas de stérilité primaire. Total de 3 tentatives par grossesse réussie (c.-à-d. menée au moins jusqu'à un terme de 26 semaines). Les frais du don d'ovocytes ou de sperme ne sont pas pris en charge. Les coûts liés à une mère porteuse ne sont pas couverts. Âge maximal : 40 ans (c.-à-d. 41 ans moins un jour).
Comprenant les techniques d'insémination : • Insémination artificielle • Insémination intra-utérine	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Cryopréservation des cellules souches/cordon ombilical (c-à-d la conservation à très basse température, inférieure à 0°C)	Non remboursé
Interruption volontaire de grossesse	Voir chirurgie ambulatoire : 100 % des frais réels
Stérilisation/vasectomie/ligature des trompes (une fois pour toute la vie)	Voir chirurgie ambulatoire : 100 % des frais réels
Réversion de stérilisation/vasectomie	Non remboursé
Chirurgie oculaire correctrice pour modifier la dioptrie/LASIK	Voir chirurgie ambulatoire : 100 % des frais réels
Rétablissement/convalescence après une intervention chirurgicale	**Entente préalable requise.** Remboursement soumis aux règles générales applicables aux hospitalisations (voir 2.1). Le traitement doit être dispensé immédiatement après un séjour à l'hôpital.
Chirurgie esthétique	Non remboursé
Chirurgie réparatrice	**Entente préalable requise.** Remboursement soumis aux règles générales applicables aux hospitalisations (voir 2.1).
Réduction mammaire	**Entente préalable requise.** Remboursement soumis aux règles générales applicables aux hospitalisations (voir 2.1). Veuillez nous fournir un rapport médical détaillé comprenant : • Une estimation de la masse de tissu corporel à retirer • Le poids et la taille de la patiente • La taille du bonnet du soutien-gorge • L'emplacement des mamelons et des aréoles • Une description des plaintes fonctionnelles • Des photographies préopératoires
Rhinoplastie (chirurgie plastique du nez)	**Entente préalable requise.** Remboursement soumis aux règles générales applicables aux hospitalisations (voir 2.1) ou chirurgies ambulatoires.
Septoplastie (procédure chirurgicale destinée à corriger la déviation du septum nasal, la cloison entre les deux narines)	Veuillez nous fournir un rapport médical détaillé comprenant : • Le résultat d'une endoscopie nasale • Tomodensitogramme ou autre image montrant clairement le degré d'obstruction nasale

Maison de retraite/maison de soins y compris les frais de pension	**Entente préalable requise.** 100 % des frais réels, 131 CHF max. par personne et par jour. Un rapport médical détaillé des activités de la vie quotidienne (AVQ) doit être fourni. La garantie est uniquement offerte si le score d'évaluation AVQ est égal ou supérieur à 3.
Séjour en cure thermale	**Entente préalable requise.** Forfait de 75 CHF par jour pour les frais de pension pour une période maximale de 28 jours (pour une cure) toutes les 2 années civiles. 90 % des frais de traitement thérapeutique soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise, pour une période maximale de 28 jours. Pour une deuxième cure durant la deuxième année civile de la période des deux années civiles mentionnée ci-dessus : Forfait de 10 CHF par jour pour les frais de pension, pour une période maximale de 28 jours. 90 % des frais de traitement thérapeutique soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle, pour une période maximale de 28 jours. Veuillez nous fournir un rapport médical détaillé comprenant : • Le diagnostic et le motif de la cure. • Les antécédents médicaux avec mention des traitements suivis. • Les coordonnées du centre de cure (nom, adresse et coordonnées) • Le programme de soins suivi au cours de la cure
Soins palliatifs/Soins en hospice	Remboursé à 100 %

2.2 Ambulance et frais de transport

RÈGLES GÉNÉRALES

Tous les traitements et médicaments doivent faire l'objet d'une ordonnance délivrée par une personne titulaire d'un diplôme officiel et reconnu de docteur en médecine.

Point	Remarques
Recherche, secours et transport d'urgence	Pris en charge à 100 % à concurrence de 10 000 CHF par année civile et par maladie ou accident. Transport du lieu ou la personne assure est tombée malade ou de l'accident vers l'hôpital le plus proche. Un transfert vers un autre hôpital doit être médicalement justifié.
Transport médical (autre que par une ambulance) par des professionnels. Les frais de taxi sont pris en charge s'ils ont fait l'objet d'une entente préalable.	**Entente préalable et prescription requises.** 90 % des frais réels, à concurrence de 6 000 CHF par an et par maladie ou accident. Également applicable aux traitements postopératoires, aux traitements ambulatoires de longue durée et aux transports liés à une chimiothérapie ou une radiothérapie (aller-retour) intervenant dans les deux mois suivant l'opération, la chimiothérapie ou la radiothérapie.
Évacuation	Non remboursé
Moyen de transport personnel	Non remboursé
Transport public	Non remboursé

2.3 Chez le médecin traitant (soins en médecine courante)

RÈGLES GÉNÉRALES POUR LES SOINS EN MÉDECINE COURANTE

Tous les traitements et médicaments doivent faire l'objet d'une ordonnance délivrée par une personne titulaire d'un diplôme officiel et reconnu de docteur en médecine.

Les soins ci-dessous sont pris en charge à 90 %, après application d'une franchise annuelle de 300 CHF par adulte. La participation maximale annuelle aux frais est de 1 000 CHF par personne (300 CHF de franchise et 700 CHF à la charge de l'affilié). Au-delà, la prise en charge passe à 100 %. Aucune franchise ne s'applique pour les enfants et la participation maximale aux frais est de 350 CHF par an (700 CHF maximum pour deux enfants ou plus par famille).

Point	Remarques
Consultation	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Second avis chirurgical	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Intervention chirurgicale mineure (au cabinet d'un médecin)	Prise en charge à 100 % : voir chirurgie ambulatoire.
Vaccination (par ex. traitements antipaludiques)	100 % des frais réels pour tous les médicaments à visée préventive prescrits. 100 % des frais réels pour toutes les vaccinations y compris celles disponibles sans ordonnance médicale. Consultations associées prises en charge à 90 %, soumises aux des règles générales applicables aux soins en médecine courante (2.3) et à la franchise annuelle.
Examen physique de routine y compris un bilan de santé chez le gynécologue	100 % des frais réels, à concurrence de 500 CHF et dans la limite d'un examen par personne et par année civile. Cela comprend les analyses en laboratoire. Les factures transmises dans le cadre de la procédure de demande de remboursement doivent clairement indiquer qu'elles se rapportent à des honoraires facturés pour un bilan de santé. Si cela n'est pas indiqué sur la facture, veuillez l'ajouter vous-même. Une prescription est requise si les examens ne sont pas réalisés par un médecin.
Services de santé de l'enfant/vaccinations	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle. Vaccins : 100 % des frais réels
Tests de dépistage du VIH	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Psychiatre	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle. Après la première période de 3 mois ou les 20 premières séances, un rapport de suivi doit être fourni. Un nouveau rapport de suivi est requis après une période de 8 mois.
Immunothérapie	**Entente préalable requise.** 90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle. Les résultats de tests allergiques doivent être fournis.
DIU (dispositif intra-utérin)	100 % des frais réels
Tests préventifs (mammographie, test Pap ou frottis cervical, test de dépistage du cancer de la prostate - test PSA, etc.)	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Examen oculaire par un ophtalmologue afin de déterminer la dioptrie	90% des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Frais d'inscription annuels	Non remboursé

2.4 Chez un professionnel de santé qualifié et autorisé à exercer (autre qu'un médecin)

RÈGLES GÉNÉRALES

Voir règles générales applicables aux soins en médecine courante (2.3), soumis à la franchise annuelle et remboursé à 90 % sauf indication contraire.

L'ordonnance d'un médecin est requise pour tous les soins administrés par une personne titulaire d'un diplôme paramédical (par ex. infirmière).

Acte médical (par ex. pansement des plaies, injections) et surveillance par un(e) infirmier(ère)	**Entente préalable requise.** 90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle. Veuillez nous fournir un rapport médical détaillé comprenant : • L'état de santé du patient justifiant la présence d'un(e) infirmier(ère) à domicile • La période pendant laquelle la présence d'un(e) infirmier(ère) à domicile est requise • Le programme de traitement, y compris une liste des tâches que l'infirmier(ère) doit accomplir et le temps approximatif imparti à chacune de ces tâches
Soins de santé à domicile tels que Sitex ou un prestataire similaire	**Entente préalable requise.** L'entente préalable n'est octroyée que pour des périodes limitées. 100 % des frais réels, sans franchise. Pris en charge si les soins sont administrés en tant qu'alternative de même coût ou de moindre coût à une hospitalisation médicalement justifiée. Médicaments pris en charge comme les produits pharmaceutiques (voir 2.7). Honoraires des médecins pris en charge comme les soins en médecine courante (2.3) et soumis à la franchise annuelle
Soins à domicile et soins de garde (c'est-à-dire, l'assistance d'un(e) infirmier(ère) pour les activités quotidiennes (par ex. s'habiller, manger, surveillance))	**Entente préalable requise.** 100 % des frais réels, à concurrence de 120 CHF par jour pour un montant maximal de 21 600 CHF par an et par maladie ou accident. Veuillez nous fournir un rapport médical détaillé comprenant : • L'état de santé/les limites fonctionnelles du patient justifiant la présence d'un(e) infirmier(ère) à domicile • La période pendant laquelle la présence d'un(e) infirmier(ère) ou d'une aide à domicile est requise • Le programme de traitement, y compris une liste des tâches que l'infirmier(ère) doit accomplir et le temps approximatif imparti à chacune de ces tâches Le traitement doit être dispensé par un(e) infirmier(ère) ou un garde-malade disposant de qualifications reconnues (cela ne s'applique pas aux soins de garde).
Conseiller en diététique et en nutrition	Une consultation annuelle est prise en charge comme les soins en médecine courante (voir 2.3) et soumise à la franchise annuelle. Une entente préalable est requise pour les consultations supplémentaires. Jusqu'à dix séances pour toute la vie pour les patients souffrant de : • Maladies chroniques (notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré, l'hypertension, les maladies rénales et les troubles digestifs et gastrointestinaux). • Un IMC (indice de masse corporelle) supérieur ou égal à 30 Pour ces patients, un régime diététique s'avère médicalement nécessaire et revêt un rôle thérapeutique. Les conseils nutritionnels doivent faire l'objet d'une ordonnance délivrée par un médecin et être dispensés par un professionnel de santé (par ex.: diététicien officiel, nutritionniste reconnu ou autres professionnels de santé qualifiés et diplômés).
Physiothérapie, ergothérapie et autres traitements scientifiquement reconnus Le Rolfing est également pris en charge s'il est administré par un kinésithérapeute autorisé à exercer	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3), soumis à la franchise annuelle, si dispensé dans le but d'améliorer ou de restaurer des fonctions physiques perdues ou amoindries à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'un trouble congénital. L'ordonnance du médecin doit clairement indiquer le nombre de séances requises. La facture indiquera : • Le diplôme médical du professionnel de santé • La(les) date(s) de traitement • Le type de traitement administré

Médecine douce (traitements et médicaments)	**Une ordonnance est requise.** 90 % des frais réels, à concurrence de 2 000 CHF par personne par type de traitement et un plafond global de 6 000 CHF pour la médecine douce par personne et par année civile pour les traitements suivants : • Mésothérapie • Ostéopathie • Homéopathie • Drainage lymphatique • Réflexologie • Étiopathie • Méthode Tomatis. • Acupuncture. • Phytothérapie (produits à base de plantes répertoriées par l'ESCOP et prescrits par un médecin qualifié) • Médecine traditionnelle chinoise • Médecine anthroposophique Tout autre type de médecine douce n'est pas couvert.
Podologie	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle. Uniquement prise en charge si le traitement est médicalement nécessaire. L'ordonnance du médecin doit clairement indiquer le diagnostic ainsi que le nombre de séances prescrites.
Chiropraxie	**Une ordonnance est requise.** 90% des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle. Les documents suivants doivent être fournis avec la demande de remboursement : • Une ordonnance indiquant le diagnostic et le nombre de séances prescrites (pour les traitements administrés en Suisse, aucune ordonnance n'est requise) • L'original de la facture officielle comprenant : - Le diplôme médical du professionnel de santé - La(les) date(s) de traitement - Le type de traitement
Orthophonie/Orthoptie	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise. Une ordonnance du médecin mentionnant le diagnostic et le nombre de séances prescrites doit être fournie.
Traitement psychologique dispensé par un : • Psychologue autorisé à exercer • Psychanalyste autorisé à exercer • Travailleur social en psychiatrie autorisé à exercer	90 % des frais réels, à concurrence de 4 000 CHF par personne et par année civile. Une ordonnance du médecin mentionnant le diagnostic et le nombre de séances prescrites doit être fournie. **Entente préalable requise en cas de prolongation du traitement :** Si le traitement doit être prolongé, un rapport du thérapeute sur les avancées du traitement ainsi qu'une nouvelle ordonnance médicale indiquant le nombre de séances supplémentaires doivent être fournis avant que la prolongation du traitement ne soit approuvée.
Thérapie relationnelle	Non remboursé
Traitement en médecine courante de l'alcoolisme et de la toxicomanie	**Entente préalable requise.** 90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) Médicaments pris en charge comme les produits pharmaceutiques (voir 2.7).

2.5 Chez l'opticien

RÈGLES GÉNÉRALES POUR LES SOINS OCULAIRES

La prise en charge des soins oculaires est de 90 % des frais réels, à concurrence de 600 CHF par personne et par année civile.

Point	Remarques
Examen des yeux par un optométriste ou un opticien afin de déterminer la dioptrie	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins oculaires (voir 2.5) Les examens des yeux dans le cadre du permis de conduire ou demandés par l'employeur ne sont pas pris en charge.
Examen des yeux par un ophtalmologiste	Les examens des yeux par un ophtalmologiste sont soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Verres correcteurs et lentilles de contact	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins oculaires (voir 2.5) Pour vos demandes de remboursement, veuillez envoyer les informations et documents suivants : • La dioptrie de chaque verre/lentille • La facture originale détaillée indiquant le prix individuel de chaque article acheté Le montage et l'ajustement sont pris en charge.
Montures	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins oculaires (voir 2.5) pour un nombre illimité de montures par an.
Liquide pour lentilles de contact	Non remboursé

2.6 Chez le dentiste

RÈGLES GÉNÉRALES POUR LES SOINS DENTAIRES

Les traitements dentaires et orthodontiques sont pris en charge à 75 % des frais réels, à concurrence de 3 000 CHF par personne et par année civile. Le solde non dépensé dans la limite du montant maximal remboursable au cours d'une année peut uniquement être reporté sur l'année qui suit. Le plafond global de la garantie dentaire est de 6 000 CHF.

Tous les traitements dentaires, y compris la chirurgie dentaire sont pris en charge sous les soins dentaires.

Les assurés qui souscrivent l'assurance santé de groupe de l'OMC en cours d'année peuvent prétendre à 1/12ème de la prestation maximale pour chaque mois d'affiliation restant jusqu'à la fin de l'année civile concernée.

Point	Remarques
Examen dentaire semestriel Le détartrage avec nettoyage de la plaque par un professionnel est couvert. Le nettoyage des dents afin de les blanchir n'est pas couvert.	75 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins dentaires (voir 2.6)
Radiographies dentaires	75 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins dentaires (voir 2.6)
Prothèses (y compris les bridges, les implants dentaires et les dentiers)	75 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins dentaires (voir 2.6)
Traitements orthodontiques (y compris les appareils orthodontiques)	75 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins dentaires (voir 2.6) **Une entente préalable doit être obtenue pour les adultes à partir de 18 ans.** Lors des demandes de remboursement, la facture doit indiquer la nature des frais, ainsi que les dates des visites, puisque les plafonds des soins dentaires s'entendent par année civile. Il ne sera procédé à aucun remboursement d'avance de frais. Seuls les frais de soins déjà administrés seront remboursés.
Chirurgie dentaire en milieu hospitalier dans un bloc opératoire (par ex. extraction chirurgicale d'une dent)	75 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins dentaires (voir 2.6) Les honoraires du médecin et le coût de l'équipement dentaire sont pris en charge sous la couverture générale des soins dentaires.
Brosse à dents, dentifrice, bain de bouche	Non remboursé
Blanchiment dentaire	Non remboursé

2.7. Chez le pharmacien (médicaments)

RÈGLES GÉNÉRALES POUR LES MÉDICAMENTS

Soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) Soumis à la franchise annuelle et remboursé à 90 %, sauf indication contraire.

Point	Remarques
Prise en charge générale des médicaments prescrits : • Contenant des substances médicales actives • Généralement reconnus par le monde médical et dûment approuvés par la législation en vigueur • Requis pour un traitement à la suite d'une maladie, d'un accident, de soins de dentaires ou d'une grossesse	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle. Joignez à votre formulaire de demande de remboursement les documents suivants : • La prescription médicale indiquant : - Le nom du patient - Le nom du médicament - Le dosage requis • L'original de la facture officielle indiquant clairement : - La date d'achat - Le(s) nom(s) du/des médicament(s) - Le prix payé pour chaque produit
Les médicaments génériques prescrits achetés dans le monde entier et tous les médicaments prescrits achetés en France	100 % des frais réels, sans franchise annuelle
Compléments alimentaires/nutritionnels pris en charge par l'assurance-maladie suisse (LAMal)	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Vitamines et minéraux	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Coupe-faim pour régime amaigrissant/produits diététiques	Non remboursé
Médicaments pour traiter l'obésité (Xenical, Meridia et Reductil)	**Entente préalable requise.** 90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle. Pris en charge comme les médicaments, pour les patients dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur ou égal à 30 et s'accompagne d'une ou plusieurs des comorbidités suivantes : • Une maladie coronaire cardiaque • Un diabète sucré de type II • Une apnée du sommeil cliniquement importante • Une hypertension réfractaire • Des problèmes orthopédiques graves et documentés Un rapport médical détaillé indiquant votre IMC (indice de masse corporelle) et tout problème médical pertinent doit être fourni. L'accord peut être octroyé pour une période maximale de six mois, laquelle peut toutefois être prolongée sur la base d'un rapport d'évaluation de l'efficacité du traitement (pourcentage de perte de poids).

Produits de sevrage tabagique	90 % des frais réels, à concurrence de 1 000 CHF pour toute la vie. 5 séances maximum avec un tabacologue et la prise en charge d'un cycle de traitement médicamenteux adapté (Zyban ou Champix) pour toute la vie. Les traitements de substitution de la nicotine (chewing-gums, patchs ou cigarettes électroniques) ne sont pas remboursés
Biphosphonates/Médicaments pour soigner l'ostéoporose (Fosamax, Evista, etc.)	**Entente préalable requise.** 90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle. Les résultats des mesures de masse osseuse prises avant le début du traitement en indiquant le T-score et le Z-score doivent être fournis. Ce type de médicament sera uniquement pris en charge si les résultats de mesure de masse osseuse indiquent clairement que le patient souffre d'ostéoporose (si le T-score est égal ou inférieur à -2,5 et si le Z-score est égal ou inférieur à -1,0). Le remboursement de ces produits est limité à une période de cinq ans.
Médicaments traitant le virus VIH/SIDA	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle
Produits d'usage quotidien (savon, shampooing et lait pour le corps tel qu'Excipial, etc.)	Non remboursé
Contraceptifs prescrits (par ex.: pilule contraceptive, DIU = dispositif intra-utérin, implant, injection contraceptive)	100 % des frais réels
Contraceptifs en vente libre (préservatifs, diaphragme, spermicide, etc.)	Non remboursé
Sulfate de chondroïtine	Remboursé comme les médicaments
Glucosamine	Non remboursé
Produits stimulant la pousse des cheveux et des ongles	Non remboursé
Médicaments pour traiter (temporairement) l'impuissance (par ex. Viagra, Levitra, Cialis)	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle. Pris en charge comme les médicaments, sous réserve qu'ils soient prescrits par un médecin : • à la suite d'une prostatectomie (ablation chirurgicale d'une partie ou de toute la prostate) • en cas de neuropathie diabétique (trouble nerveux suite à un niveau de sucre trop élevé dans le sang) • en cas de sclérose en plaques La prescription doit indiquer le diagnostic du patient. Le remboursement se limite à 8 comprimés par mois. Le dysfonctionnement érectile lié à l'âge et l'impuissance psychogénique ne peuvent donner lieu à un remboursement.
Tamiflu	Pris en charge comme les produits pharmaceutiques (voir 2.7).
Insuline, seringues pour diabétiques	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.

2.8 Chez les fournisseurs de matériel spécialisé

RÈGLES GÉNÉRALES POUR LES APPAREILS ORTHOPÉDIQUES

La location et l'achat de matériel médical sont pris en charge à 100 % à concurrence de 6 000 CHF par période de 2 ans, sauf indication contraire.

L'ordonnance d'un médecin est requise pour tout le matériel médical.

Point	Remarques
Appareils orthopédiques en général	**Entente préalable requise.** 100% des frais réels, soumis aux règles générales applicables au matériel orthopédique (voir 2.8) L'ordonnance d'un médecin indiquant le diagnostic et l'appareil requis, ainsi qu'une estimation des coûts doivent être fournies.
Chaussures orthopédiques Semelles orthopédiques	**Entente préalable requise.** 100% des frais réels, soumis aux règles générales applicables au matériel orthopédique (voir 2.8) Un devis des frais et un rapport médical détaillé justifiant la nécessité doivent être fournis. L'achat doit se justifier médicalement pour les affections suivantes : • Hallux valgus aigu • Problème orthopédique, dont instabilité de la cheville • Diabète
Appareils auditifs	**Entente préalable requise.** 100% des frais réels, soumis aux règles générales applicables au matériel orthopédique (voir 2.8) L'ordonnance d'un médecin indiquant le diagnostic et l'appareil requis, ainsi qu'un devis doivent être fournis.
Location d'un aérosol/nébuliseur	**Entente préalable requise.** 90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Location d'un appareil de pression positive continue (CPAP)	**Entente préalable requise.** 90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle. Un devis des frais et un rapport médical détaillé reprenant les résultats d'une étude du sommeil confirmant l'apnée du sommeil doivent être fournis.
Glucomètre, pompe à insuline, bandelettes de test sanguin pour les diabétiques insulino-dépendants	**Entente préalable requise.** 100% des frais réels, soumis aux règles générales applicables au matériel orthopédique (voir 2.8)
Bandelettes d'analyses urinaires pour les diabétiques	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Fauteuil roulant	**Entente préalable requise.** 100% des frais réels, soumis aux règles générales applicables au matériel orthopédique (voir 2.8) Un devis des frais et un rapport médical détaillé justifiant la nécessité doivent être fournis.
Béquilles Déambulateur Support autostable	**Entente préalable requise.** 100 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables au matériel orthopédique (voir 2.8) Un devis des frais et un rapport médical détaillé justifiant

Bas de contention pour les varices	**Entente préalable** et confirmation du nombre de paires devant être remboursé requises. 100 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables au matériel orthopédique (voir 2.8)
Housse de couette, housse de matelas, housse d'oreiller anti-allergènes	Non remboursé

2.9 Analyses en laboratoire/imagerie médicale

RÈGLES GÉNÉRALES

Voir Règles générales applicables aux soins en médecine courante (2.3) Soumis à la franchise annuelle et remboursé à 90 %, sauf indication contraire.

Point	Remarques
Radiographies	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Imagerie par résonance magnétique (IRM)	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle. Entente préalable requise uniquement pour les IRM préventifs du corps entier.
Ultrason Électrocardiogramme (ECG) Mammographie Analyses en laboratoire Test VIH Test de dépistage du cancer de la prostate Frottis vaginal ou cervical	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.

2.10 Grossesse et accouchement

RÈGLES GÉNÉRALES

Voir règles générales applicables aux soins en médecine courante (2.3), soumis à la franchise annuelle et remboursé à 90 % sauf indication contraire.

Point	Remarques
Bilans de santé pré et postnatals.	Les premiers 1 500 CHF engagés pour des bilans prénatals et postnatals sont remboursés à 100 % pour chaque grossesse sans franchise. Les examens prénatals et postnatals supplémentaires sont remboursés selon les règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et sont soumis à la franchise annuelle.
Exercices prénatals et postnatals	100 % des frais réels, à concurrence de 300 CHF Les exercices doivent faire l'objet d'une ordonnance délivrée par un médecin et être administrés par un professionnel de santé (par ex.: physiothérapeute/infirmier(ère), sage-femme reconnu(e) ou autres professionnels de santé qualifiés et diplômés).
Accouchement en milieu hospitalier	Remboursement soumis aux règles générales applicables à l'hospitalisation (voir 2.1).
Ultrason	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Accouchement hors milieu hospitalier	100 % des frais réels
Accouchement à domicile	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle.
Consultations de sage-femme	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle, pour 10 visites max. durant les deux premiers mois qui suivent l'accouchement. Par ailleurs, 3 séances d'allaitement maternel sont couvertes.
Amniocentèse	Prise en charge comme la chirurgie ambulatoire pour les femmes de plus de 35 ans. Si la mère est âgée de moins de 35 ans, **une entente préalable est requise**. Un rapport médical détaillé justifiant la nécessité de la procédure doit être fourni.
PrenDia, PraenaTest, Panorama et OSCAR	90 % des frais réels, soumis aux règles générales applicables aux soins en médecine courante (voir 2.3) et à la franchise annuelle
Appareil de surveillance anti-mort subite du nourrisson	**Entente préalable requise.** Si l'autorisation est accordée, pris en charge comme le matériel orthopédique (voir 2.8)

2.11 Frais Funéraires

Point	Remarques
Frais Funéraires	Somme forfaitaire de 1 000 CHF Demande à envoyer par le biais des RH de l'OMC. Le certificat de décès et les coordonnées bancaires sont requis.

ANNEXE 2 – DEMANDES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX

Demandes de remboursement à l'aide de l'application MyHealth

Afin d'utiliser l'application Allianz pour Smartphone (Application MyHealth), vous avez besoin des informations de connexion fournies dans le pack d'adhésion envoyé par Allianz Care. Pour télécharger l'application mobile, rendez-vous sur **www.allianzworldwidecare.com/myhealth**

1. Entrez les renseignements essentiels.
2. Prenez une photo de vos factures.
3. Et le tour est joué.

Demandes de remboursement par e-mail

1. Téléchargez le formulaire de demande de remboursement sur **my.allianzworldwidecare.com** et fournissez les informations nécessaires.
2. Joignez toutes vos factures médicales/ordonnances/reçus de pharmacie, etc.
3. Numérisez les factures médicales/ordonnances/reçus de pharmacie etc. et envoyez-les accompagnés d'un formulaire de demande de remboursement à **WTOclaims@allianzworldwidecare.com**

Demandes de remboursement par courrier ou par fax

1. échargez le formulaire de demande de remboursement sur my.allianzworldwidecare.com et fournissez les informations nécessaires. Si vous souhaitez un formulaire papier, veuillez contacter Allianz Care.
2. Joignez toutes vos factures médicales/ordonnances/reçus de pharmacie, etc.
3. Envoyez les originaux de vos factures médicales/ordonnances/reçus de pharmacie, etc. accompagnés d'un formulaire de demande de remboursement, par courrier à Allianz Care, 1 place du Samedi, 1000 Bruxelles, Belgique ou à la boite postale de l'OMC.

Vous pouvez également envoyer vos demandes de remboursement par fax au +32 2 210 6506

Règlement direct de vos demandes de remboursement des soins en médecine courante

Allianz Care peut, au cas par cas, organiser le règlement direct des soins en médecine courante si ceux-ci s'élèvent à plus de 1 000 CHF (ou l'équivalent).

Veuillez appeler notre service téléphonique au +32 2 210 66 10 ou envoyer un e-mail à WTOmedical@allianzworldwidecare.com accompagné du devis de votre médecin. Notre équipe se chargera d'organiser la garantie de paiement.

Informations importantes concernant la procédure de demande de remboursement

a) Une fois vos informations reçues, le traitement de votre demande de remboursement prendra entre 2 et 10 jours ouvrés.

b) Une fois la demande de remboursement traitée, vous trouverez une notification de paiement et un relevé de compte sur nos Services en ligne.

c) Si nous n'avons pas votre adresse e-mail, vous recevrez ces deux documents par courrier postal à votre adresse personnelle.

d) Si vous avez envoyé votre demande de remboursement à l'aide de l'application MyHealth , vous pourrez consulter la notification de paiement et le relevé de compte sur nos Services en ligne.

e) Vous devez envoyer un demande de remboursement séparée pour chaque personne assurée de votre famille.

f) Veuillez vous assurer que vos informations (coordonnées de compte bancaire, adresse ou adresse e-mail) sont à jour. Si vous avez déjà fourni ces informations dans une demande de remboursement précédente, vous n'avez pas besoin de les fournir de nouveau, sauf si celles-ci ont changé.

g) Lorsque vous remplissez une demande de remboursement en version numérique, vous pouvez la sauvegarder et l'utiliser de nouveau chaque fois que vous effectuez une demande. Il n'est pas nécessaire de signer ce document s'il est envoyé par e-mail.

h) Veuillez indiquer la devise dans laquelle vous souhaitez être remboursé sur le formulaire de demande de remboursement. Nous couvrirons tous les frais relatifs au paiement. Cependant, si la banque de la personne qui effectue la demande applique des frais lors de la réception du paiement sur le compte bancaire dans le cadre des conditions générales de la banque, nous ne pourrons être tenus responsables de ces frais.

   Il arrive parfois que les réglementations bancaires internationales ne nous autorisent pas à effectuer un paiement dans la devise que vous avez demandée. Dans ce cas, chaque demande sera étudiée au cas par cas pour identifier une devise de paiement adaptée. Si nous devons effectuer une conversion d'une devise vers une autre, nous utiliserons le taux de change appliqué à la date d'émission des factures.

i) Si vous envoyez votre demande de remboursement par e-mail ou à l'aide de l'application MyHealth, Il est de votre responsabilité de garder tous les justificatifs originaux lorsque vous nous envoyez des copies (par ex. reçus de factures médicales). Dans le cadre de nos procédures d'audit, nous nous réservons le droit de vous demander les originaux de ces documents/reçus pendant les 18 mois suivant le traitement d'une demande de remboursement. Nous nous réservons également le droit de vous demander de nous fournir une preuve de paiement de vos frais médicaux (par ex. relevé de compte bancaire ou relevé de carte bancaire). Nous vous recommandons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.

j) Seuls les frais des traitements pour lesquels vous qualifiez seront remboursés, selon les conditions de votre police. Toutes les limites, franchises ou quotes-parts indiquées dans l'annexe 1 (« Informations sur la couverture ») seront prises en compte lors du calcul du montant à rembourser.

k) Vous et vos ayants droit vous engagez à nous fournir tous les éléments nécessaires au traitement d'une demande de remboursement. Nous avons le droit d'accéder à l'ensemble des dossiers médicaux et de nous adresser directement au prestataire de soins ou au médecin traitant. Nous pourrons, si nous le jugeons nécessaire, demander qu'un examen de santé soit effectué à nos frais par notre représentant médical. Toutes les informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Nous nous réserverons le droit de refuser le paiement si vous ou vos ayants droit ne respectiez pas ces engagements.

l) Si les soins que vous devez recevoir sont la conséquence des actions d'une tierce personne, vous devrez nous le signaler et nous en avertir par écrit le plus tôt possible. Par exemple, en cas de soins pour une blessure causée lors d'un accident de voiture dans lequel vous êtes une victime. Dans ce cas, vous devrez prendre toutes les mesures raisonnables pour obtenir de la personne responsable les détails de son assurance, afin que nous puissions récupérer, auprès de son assureur, le coût des soins que nous avons payé. Si vous recouvrez les frais des soins que nous avons payés, vous devrez nous rembourser le montant.

ANNEXE 3 - CONDITIONS GÉNÉRALES SUPPLÉMENTAIRES

Les conditions supplémentaires importantes qui s'appliquent à votre police sont détaillées ci-dessous.

1. Sanctions économiques : Cette police ne comprend aucune couverture ou garantie pour des affaires ou activités dans la mesure où la couverture ou garantie, ou les affaires ou activités, seraient en violation de toute loi répressive ou réglementations des Nations Unies, de l'Union européenne ou de toutes autres lois ou régulations sur les sanctions économiques ou commerciales.

2. Responsabilité : Notre responsabilité vis-à-vis de l'assuré se limite aux montants figurant dans l'annexe 1 (« Informations sur la couverture ») et dans tout avenant au contrat. En aucun cas, le montant du remboursement, que ce soit selon les termes de cette police, de la sécurité sociale ou de toute autre assurance, n'excédera le montant de la facture.

3. Autres parties : Aucune autre personne (à l'exception d'un représentant mandaté ou représentant de l'OMC) n'est autorisée à effectuer ou confirmer toute modification de votre affiliation en votre nom, ou décider de ne pas faire respecter nos droits. Aucune modification ne sera valide tant qu'elle ne sera pas spécifiquement approuvée par l'OMC et nous.

4. Cas de force majeure : Nous ne pouvons être tenus responsables pour tout manquement ou retard dans l'exécution de nos obligations sous les conditions de cette police, causé par ou résultant d'un cas de force majeure qui doit inclure mais ne se limite pas aux événements incalculables, imprévisibles, ou inévitables, tels que des conditions météorologiques extrêmes, inondations, glissements de terrain, tremblements de terre, tempêtes, foudre, incendies, affaissements, épidémies, actes terroristes, éclatements d'hostilités militaires (que la guerre ait été déclarée ou non), émeutes, explosions, manifestations ou autres conflits sociaux, désordres civils, sabotages, expropriations par les autorités gouvernementales ou tout autre acte ou événement qui échappe à notre contrôle.

5. Fraude : Dans le cas où une demande de remboursement s'avère fausse, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou si des dispositifs ou moyens frauduleux ont été utilisés par vous ou l'un de vos ayants droit ou par quiconque agissant en votre nom ou le leur afin de tirer avantage de le police d'assurance, nous ne rembourserons pas ce sinistre. Vous nous seriez alors immédiatement redevable de tout montant remboursé pour ce sinistre avant la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission.

   Nous nous réservons le droit d'informer l'OMC en cas d'activité frauduleuse. En outre, la fraude à l'assurance santé constitue une faute selon le règlement du personnel et les règlementations de l'OMC et peut entrainer, en cas de fraude avérée, des mesures administratives et/ou disciplinaires, y compris un licenciement immédiat, ainsi que la suspension de la couverture. Aussi veuillez noter que le titulaire de la police est responsable de l'exactitude de ses demandes de remboursement et de celles de ses ayants droit et autres personnes assurées.

6. Responsabilité civile d'un tiers : Dans la limite des prestations prévues dans le contrat signé entre Allianz Care et l'OMC, la personne assurée ou ses survivants cèdent leurs droits relatifs à la responsabilité civile d'un tiers à AWP Health and Life Services Limited. À la demande de ce dernier, la personne assurée ou ses survivants sont dans l'obligation d'aider AWP Health and Life Services Limited à exercer ses droits relatifs à un tiers.

7. Communication avec les ayants droit : Dans le cadre de l'administration de votre police d'assurance collective, nous pouvons être amenés à demander des informations complémentaires. Si nous devons communiquer au sujet d'un ayant droit inclus dans la police (par exemple si nous devons obtenir l'adresse e-mail d'un ayant droit adulte), nous pourrons contacter l'assuré principal, qui agit au nom de et pour le compte de ses ayants droit, afin qu'il nous fournisse les informations nécessaires, sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations médicales sensibles concernant un ayant droit. De la même manière, dans le but d'administrer les demandes de remboursement, toute information qui n'est pas d'ordre médical, en lien avec une personne couverte par la police, pourra être envoyée directement à l'assuré principal.

ANNEXE 4 - PROTECTION DES DONNÉES ET CONSENTEMENT DU PATIENT

L'assureur recueille et utilise des informations personnelles dans le but de préparer des devis, de souscrire les polices, de percevoir les primes, de régler les sinistres et pour tout autre motif directement lié à la gestion des polices, en accord avec le contrat d'assurance.

Dans ce contexte, l'assureur s'engage à conserver et gérer les données ou informations, quelle que soit leur forme, recueillies auprès du titulaire de la police ou d'une personne assurée (Informations confidentielles) dans la plus grande confidentialité et le respect de la vie privée.

L'assureur s'engage à ce que tous les systèmes informatiques qui transfèrent ces données ou conservent des informations confidentielles répondent aux exigences de la Directive 95/46/CE sur la protection des données personnelles et de la Directive du 12 juillet 2002 sur la protection de la vie privée dans le secteur des communications électroniques de l'Union européenne ainsi qu'à toutes révisions ou modifications de ces directives.

L'assureur s'engage à ne pas révéler l'existence ou la teneur de ces informations confidentielles à des tiers, conformément aux conditions générales de ce contrat et ce pour une durée illimitée, sauf si le titulaire de la police ou la personne assurée a donné son accord écrit.

L'assureur s'engage à ne communiquer les informations confidentielles qu'aux membres de son personnel, à l'administrateur et aux sous-traitants directement impliqués dans la gestion de cette police d'assurance médicale et uniquement si cela est absolument nécessaire pour que l'assureur s'acquitte de ses obligations sous cette police d'assurance santé de manière adéquate. À la demande du titulaire de la police, l'assureur doit être en mesure de fournir par écrit le nom des employés des sous-traitants qui ont accès aux informations confidentielles.

L'assureur s'engage à renvoyer les informations confidentielles, à la fin du contrat ou en cas d'annulation. Le sous-traitant doit confirmer par écrit qu'il n'a conservé aucun des documents.

L'assureur doit prendre les mesures nécessaires pour permettre à ses employés, administrateurs et sous-traitants de remplir leurs obligations en matière de confidentialité, comme s'ils étaient parties au présent contrat, même s'ils ne sont plus employés par l'assureur. L'assureur doit faire signer la clause de non divulgation annexée au présent contrat par toutes les parties prenantes impliquées, directement ou non, dans l'exécution dudit contrat. L'assureur s'engage à ce que la clause de confidentialité soit respectée, ou à obtenir des compensations par tous les moyens légaux à sa disposition pour toute violation de cette clause, que le titulaire de la police l'ait exigé ou non. Si les obligations en matière de confidentialité n'ont pas été respectées par un membre du personnel ou par un sous-traitant, l'assureur doit en informer immédiatement le titulaire de la police et la personne assurée le cas échéant.

La personne assurée est en droit d'accéder aux informations personnelles la concernant qui sont conservées par l'assureur. La personne assurée a également le droit de demander à l'assureur ou à l'administrateur de modifier ou supprimer toute information qu'elle juge inexacte ou obsolète. L'assureur et/ou l'administrateur ne conserveront pas les données plus longtemps que nécessaire et uniquement pour les raisons pour lesquelles ils les ont obtenues.

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions :

Téléphone (partout dans le monde) : +32 2 210 66 10

Numéros gratuits :
Depuis le Royaume-Uni, l'Espagne, la France et la Suisse : +800 2210 6610
Service téléphonique d'Allianz Partners USA et Canada : (+1) 844 7325 497

E-mail : WTO@allianzworldwidecare.com

Par fax : +32 2 210 6506

Adresse postale : Allianz Care, 1 Place du Samedi, 1000 Bruxelles, Belgique

www.facebook.com/AllianzCare/
plus.google.com/+allianzworldwidecare
www.linkedin.com/company/allianz-care
www.youtube.com/c/allianzcare
www.instagram.com/allianzcare/
www.snapchat.com/add/allianzcare

Les appels téléphoniques sont enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité de nos services et pour des raisons réglementaires. Veuillez noter que seul le souscripteur (ou tout représentant désigné) ou le gestionnaire de la police collective peut apporter des modifications à la police. Des questions de sécurité seront posées lors de chaque appel, pour vérifier l'identité de la personne qui appelle.

L'assureur est AWP Health & Life SA, Société anonyme au capital de 65 190 446 €, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé à Eurosquare 2 - 7 rue Dora Maar, 93 400 Saint Ouen, France. No. 401 154 679 RCS Bobigny, France. Numéro de TVA : FR 84 401 154 679 AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.

L'administrateur de votre assurance est AWP Health & Life Services Limited - succursale belge, située place du Samedi 1, 1000 Bruxelles, Belgique. TVA : BE 0843.991.159. RPM Bruxelles : 843.991.159. IBAN : BE65363102631696. BIC: BBRUBEBB AWP Health & Life Services Limited exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.

DOC-WTO-MG-FR-0119