



AGISSANT POUR LE COMPTE DE



NOTICE D'INFORMATION SANTÉA +

Contrat de frais de santé en complément de la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) n°4558/05/845 souscrit par l'APREX (Association de Prévoyance et de Retraite des Expatriés – siège social 41 rue du Chablais 74100 Annemasse) auprès de IPECA (Institution de Prévoyance SIRET 384 496 493 000 14 – siège Social 5 rue Paul Barruel 75740 Paris Cedex 15 – institution régie par le code de la Sécurité Sociale Française).

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat d'assurance de groupe, régi par le code des assurances et objet de la présente notice d'information à pour objet, dans la limite des frais réels, le versement des prestations en remboursement des frais de santé engagés par toute personne, vivant hors de son pays d'origine ou de nationalité dans un cadre privé ou professionnel et membre de l'APREX, ainsi que ses ayants-droit.

ARTICLE 2 - ASSURES

2.1 Conditions d'adhésion

L'adhésion des proposant au contrat est subordonnée aux trois conditions suivantes :

- être membre de l'APREX et être assuré en Frais de santé à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) ;

- appartenir au groupe assurable (personne physique excepté les personnes de nationalité américaine ou canadienne ou dont le pays d'origine est les USA ou le Canada et qui résident hors de leurs pays de nationalité ou d'origine) ;
- être âgés de moins de 65 ans ;
- être apte à exercer des fonctions à temps plein. Si cette dernière condition n'est pas remplie, l'adhésion ne pourra être demandée que 3 mois après la guérison complète.

2.2 Formalités d'adhésion

Pour qu'elle soit prise en considération, la demande d'adhésion doit comporter :

- un bulletin d'adhésion rempli, par lequel le proposant donne son consentement aux assurances, indique la date d'effet souhaitée pour l'adhésion, choisit les garanties pour lesquelles il désire être assuré. Le conjoint et les enfants à charge doivent bénéficier de la même garantie frais de santé que le proposant.
- un questionnaire de santé complété pour chacune des personnes à assurer.
- Le montant du premier acompte de cotisation égal à un trimestre de cotisation,
- Une copie de la carte d'identité ou du passeport de chacune des personnes assurées.

L'Assureur a la faculté de demander toute justification, visite ou examen médical complémentaire permettant d'apprécier l'état de santé du proposant ou d'un membre de la famille.

A compter de la demande de l'Assureur, le proposant dispose d'un délai de 45 jours pour lui faire parvenir les pièces complémentaires requises. Passé ce délai, l'adhésion sera réputée sans effet.

L'Assureur peut refuser l'adhésion, l'accepter avec des restrictions de garanties ou avec une surprime. L'accord écrit du proposant sur les conditions spécifiques de son adhésion est nécessaire pour la mise en vigueur des garanties. Les conditions spécifiques de l'adhésion sont alors mentionnées au certificat d'adhésion. Les restrictions de garanties sont envoyées directement à l'Assuré par lettre recommandée par le conseil médical de l'Assureur.

2.3 Assurés

Dès son acceptation par l'Assureur, qui peut être faite à des conditions spéciales acceptées par le proposant, ce dernier acquiert la qualité d'Assuré.

Pour autant que leur adhésion à la garantie Frais de santé ait été demandée par l'Assuré, son conjoint et ses enfants à charge acquièrent la qualité de Bénéficiaire au titre de cette garantie.

Définitions

• Le conjoint

En l'absence de conjoint (non divorcé ni séparé de corps), la situation du concubin est examinée au cas par cas.

En tout état de cause, par concubin, il faut entendre la personne vivant avec l'Assuré et remplissant les deux conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial,
 - que le concubinage ait été déclaré par l'Assuré lors de son affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à la date de l'affiliation de l'Assuré, avec production d'un certificat attestant de cette situation régie par des dispositions légales ou réglementaires nationales en vigueur.
- Une seule personne sera prise en charge à ce titre en tant que bénéficiaire.

• Les enfants non mariés de l'Assuré et ceux de son conjoint, vivant sous le toit de l'Assuré,

- s'ils sont mineurs ou titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles,

- ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- . être âgés de moins de 26 ans,
- . ne pas être salariés ou ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail (sauf, lorsqu'ils poursuivent des études, s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à trois mois ou d'un emploi dont, mensuellement, la rémunération est inférieure à 55 % du SMIC),

. être à charge fiscalement de l'Assuré, c'est-à-dire,

- soit, être pris en compte pour une demi-part au moins dans le calcul de l'impôt sur le revenu de l'Assuré payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie,
- soit, lorsqu'il s'agit d'étudiants n'ayant pas choisi leur rattachement au foyer fiscal, recevoir de l'Assuré une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie.

Si l'Assuré ne relève pas du régime fiscal français, la qualité d'enfants à charge définie ci-dessus est appréciée en utilisant les critères de la législation française.

Sont également pris en considération les enfants remplissant les conditions cumulatives précitées lorsqu'ils :

- ont le statut d'étudiant et que la poursuite de leurs études les oblige à ne plus vivre sous le toit de l'Assuré dans la zone d'expatriation définie au paragraphe 3.1,
- ou s'ils sont mineurs, s'ils vivent sous le toit du conjoint de l'Assuré, ou sous le toit d'un ascendant ou d'un collatéral jusqu'au 3e degré.

Les garanties cessent pour les ayants droits à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions définies ci-dessus.

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.

Prise d'effet des garanties

Pour autant que la demande d'adhésion soit complète et acceptée par l'Assureur, l'adhésion prend effet à la plus tardive des deux dates suivantes :

- la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion,
- le premier jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion par l'Assureur.

Cette date d'entrée en vigueur est précisée sur le bulletin d'adhésion par l'assureur.

Cette date d'entrée en vigueur est précisée sur le certificat d'adhésion.

Cette date ne peut être en aucun cas antérieure à la date de réception des pièces décrites au paragraphe 2.2.

Pour la **garantie frais de santé**, la prise d'effet des garanties est :

- le **91ème jour** suivant la date d'entrée en vigueur de l'adhésion pour les prestations **Maladie et Soins courants, Hospitalisation, Maternité et Optique**,
- le **181ème jour** suivant la date d'entrée en vigueur de l'adhésion pour les prestations **Soins dentaires, Prothèses dentaires, Orthodontie**.

Toutefois, ces délais sont supprimés dans les cas ci-après :

- Frais consécutifs à un accident ou une maladie infectieuse survenus postérieurement à la date d'admission à l'assurance de l'intéressé,
- Continuité d'assurance exceptée pour la maternité (assurance antérieure offrant des prestations équivalentes). L'Assureur se réserve le droit, pendant le délai de carence, de rembourser les soins et prothèses dans la limite des garanties antérieures, lorsque celles-ci sont nettement inférieures.

Admission des ayants-droit

La date d'entrée en vigueur pour le conjoint et les ayants-droit est, selon le cas :

- la date d'entrée en vigueur lorsque les bénéficiaires figurent sur le bulletin d'adhésion initial de l'assuré après acceptation par l'Assureur ;
- la date de mariage ou de vie commune avec production d'un certificat attestant de cette situation régie par des dispositions légales ou réglementaires nationales en vigueur dans les 30 jours qui suivent ladite date et sous réserve des formalités définies au paragraphe 2.2 ;
- s'agissant des ayants-droit la date à laquelle le bénéficiaire répond à la définition de l'ayant-droit définie au paragraphe 2.3 lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date et sous réserve des formalités définies au paragraphe 2.2.

Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité du contrat et des causes de réduction des indemnités (article L113.9 du code des assurances) et sous réserve des dispositions de l'article L132.26 du code des assurances, **le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminué l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.**

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur qui doit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Cessation de garanties

L'adhésion est souscrite jusqu'à la fin de l'exercice civil qui suit la signature de la demande d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'Assuré par lettre recommandée adressée à l'Assureur au moins deux mois avant la fin de l'exercice civil en cours.

Les garanties cessent pour chaque Assuré et par voie de conséquence pour son conjoint et ses enfants à charge :

- le jour où il cesse de faire partie du groupe assurable ;
- en cas de non paiement des cotisations ;
- à la date de résiliation du contrat ;
- à la date de résiliation de l'adhésion ;
- le jour de son 65ème anniversaire.

Cependant, pour les assurés âgés de plus de 65 ans et justifiant d'au moins 2 années de couverture Santéa+, l'adhésion peut se poursuivre au choix de l'assuré en couverture Santéa+ Eco ou Medio, zone 1 ou zone 2. Les nouvelles garanties prennent effet le 1er jour trimestre civil qui suit le 65ème anniversaire de l'assuré. L'Assureur établit à cet effet un nouveau certificat d'adhésion.

L'assuré regagnant définitivement ou pour une durée supérieure à 3 mois son pays d'origine doit en informer, l'assureur au moins 1 mois avant sa date de retour l'adhésion cessera au plus tard 3 mois à compter de la date de retour.

Dans tous les cas de figure, les cotisations sont intégralement dues jusqu'à la date de cessation des garanties.

Dès lors que le contrat se trouve résilié, il ne peut en aucun cas être maintenu dans ses effets pour les Assurés.

Délai de renonciation

Le proposant qui a signé son bulletin d'adhésion et payé sa première cotisation a la faculté de renoncé à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception, adressée à l'Assureur, dans un délai de 30 jours à compter du paiement de cette cotisation (article L132-5 du code des assurances).

En cas de renonciation pendant les 7 jours qui suivent le paiement de la première cotisation, l'Assureur s'engage à rembourser l'intégralité de cette cotisation dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Passer ce délai de 7 jours l'assureur retiendra la portion de la cotisation correspondant à la durée de garantie éventuellement accordée.

Modifications des garanties

A chaque renouvellement, l'Assuré a la possibilité de modifier les garanties souscrites.

- En cas de diminution de garanties :

Les nouvelles garanties prennent effet le 1er jour trimestre civil qui suit la demande de modification. L'Assureur établit un nouveau certificat d'adhésion. Les délais de carence des garanties Frais de Santé sont appliqués à partir de la date d'effet des garanties précédentes.

- En cas de majoration des garanties, cette majoration devient définitive :

L'Assuré doit remplir un nouveau bulletin d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales stipulées au paragraphe 2.2. L'Assureur se réserve la possibilité de refuser les majorations de garanties ou de les accepter avec des restrictions ou avec surprime. Tant que l'Assureur n'a pas fait connaître sa position, l'Assuré bénéficie des garanties antérieures. Après acceptation de l'Assureur, les nouvelles garanties prennent effet le premier jour de l'exercice civil qui suit la demande de modification, les délais de carence prévus pour les garanties frais de santé sont appliqués sur le différentiel de prestation à partir de la date d'entrée en vigueur des nouvelles garanties. L'Assureur établit un nouveau certificat d'adhésion.

Calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en Euros.

La cotisation annuelle est fixée en fonction de l'âge de l'assuré, des bénéficiaires déclarés ainsi que des garanties et de la zone de couverture.

Les cotisations sont révisées au 1er janvier de chaque année par l'Assureur en fonction des résultats enregistrés au cours de l'année écoulée.

L'assuré est informé des nouvelles cotisations deux mois avant l'échéance annuelle.

En cours d'année lorsque l'Assuré a atteint l'âge correspondant à un changement de tranche d'âge, l'assuré se voit appliqué la cotisation correspondant à la nouvelle tranche d'âge, le trimestre suivant son changement d'âge.

Paiement de la cotisation

Les cotisations sont payables mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance dans les 10 jours suivant l'échéance.

Le règlement est à adresser à l'APREX et libellé à son ordre. Ces cotisations peuvent également être réglées par prélèvement automatique effectué par l'APREX, virement bancaire ou par carte bancaire.

Conformément à l'article L141-3 du code des assurances, l'Assureur peut exclure un assuré du bénéfice du contrat si l'assuré cesse de payer la cotisation. L'exclusion intervient au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par l'Assureur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre recommandée de mise en demeure ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'Assureur informe l'assuré qu'à l'expiration du délai le défaut de paiement de la cotisation entraîne l'exclusion du contrat.

Prescription

Toute action dérivant du contrat est prescrite pour 2 ans, à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les termes des articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances. Passé ce délai, l'APREX, les assurés, les bénéficiaires et l'Assureur n'ont plus ni droit ni obligation.

Réclamation

Pour toute information relative au contrat et aux évènements qui découlent de son application, l'interlocuteur privilégié est le mandataire, c'est à dire l'APREX auprès de laquelle il convient de s'adresser en priorité.

En cas de litige, il sera possible de s'adresser au service réclamation de l'Institut de Prévoyance situé 5 rue Paul Barruel 75 740 Paris Cedex 15.

Si après son intervention, il subsiste un désaccord, il sera possible de demander l'avis du Médiateur dont l'identité sera communiquée. Le recours à cette personnalité, indépendante de l'Assureur, est gratuit. Son avis n'engage ni l'Assureur, ni l'APREX et chaque partie conserve le droit de saisir le tribunal compétent.

Arbitrage

Tous les litiges auxquels la présente convention pourra donner lieu, seront résolus par voie d'arbitrage. Chacune des parties nomme un arbitre et les 2 arbitres réunis nomment le troisième. Faute par l'une des parties de nommer son arbitre dans un délai de un mois à compter de la notification par l'une ou l'autre des parties de la mise en œuvre de la clause d'arbitrage, ou par les 2 arbitres de s'entendre sur la nomination du troisième dans un délai égal, il y sera pourvu par le président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé sur l'assignation de la partie la plus diligente. Les arbitres sont dispensés de suivre les formes habituelles de la procédure, et décide en dernier ressort : la sentence arbitrale est exécutoire et définitive. Elle doit être prononcée dans un délai de 6 mois à compter de la constitution du Tribunal Arbitral. Pour les frais d'arbitrage, les parties se soumettent également à la décision des arbitres.

Révision du contrat

L'APREX et l'Assureur conviennent de se communiquer, dès qu'ils en ont connaissance, tout

fait ou tout acte juridique susceptible de modifier les conditions préexistantes de l'assurance.

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient à modifier les conditions préexistantes de l'assurance ou la portée des engagements de l'Assureur, ce dernier procédera, le cas échéant, à la date d'effet des modifications en cause, à la révision des conditions de l'assurance.

3. GARANTIES PROPOSEES

3.1 Zone d'expatriation

- Zone 1 : Afrique et pays de l'Espace Economique Européen (Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre (partie grecque), Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovaquie, Slovénie, Suède).

- Zone 2 : Monde entier sauf zone 1 et USA, Canada, Israël, Japon.

3.2 Nature

La garantie consiste à rembourser, pour les actes et soins prévus par le régime adopté, les frais engagés par l'Assuré.

Par ailleurs, les demandes de remboursement ne seront honorées que si l'Assureur estime que le montant des factures et des reçus fournis est raisonnable et habituel dans le pays où le traitement est administré. Dans le cas contraire, l'Assureur se réserve le droit de réduire le montant de ses prestations.

Sont garantis, sauf exclusion précisée ci-après :

En cas d'hospitalisation, les frais portant sur :

- l'hospitalisation médicale en établissement public ou privé,
- l'hospitalisation et l'intervention chirurgicales,
- les frais médicaux et paramédicaux annexes effectués dans le cadre d'une hospitalisation,
- le transport en ambulance ou véhicule sanitaire.

Le transport est couvert, à l'intérieur d'un même pays, en cas d'hospitalisation entre la résidence du malade ou le lieu de l'accident et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays.

Il est également couvert si l'état du malade nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement le plus proche.

Pour toute hospitalisation, une autorisation préalable de l'Assureur est requise.

S'agissant des établissements ci-après, l'indemnisation est limitée à 30 jours par séjour et année civile :

- Maison de santé pour maladie nerveuses et mentales
- Maison de repos et de convalescence
- Maison d'enfants à caractère sanitaire

Dans les autres cas, les frais portant sur :

- les consultations, visites et les actes de pratique médicale courante prescrits par un médecin dûment habilité, définis par la nomenclature internationale et reconnus par le médecin conseil de l'Assureur,
- la pharmacie délivrée sur ordonnance (médicaments, antibiotiques), analyses, radiologie ; imagerie médicale et scanners
- les soins et prothèses dentaires,
- l'optique,
- les frais d'accouchement.

Lesdits frais médicaux doivent avoir été exposés pendant la période d'assurance :

- dans un des pays de la zone d'expatriation telle que définie au paragraphe 3.1,
- dans un pays autre :

- lors d'un déplacement d'une durée de moins de sept semaines, pour les seuls frais consécutifs à un accident ou une maladie présentant un caractère d'urgence tel que ces termes sont définis ci-après à la condition que le traitement

- ait été pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, ou que l'hospitalisation ait été nécessitée par la cause directe de l'urgence et qu'elle intervienne dans les vingt-quatre heures,

- dans les autres cas, après accord exprès de l'Assureur.

- En fonction d'évènements (guerre civile ou étrangère, insurrection ...) qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est soumise à l'acceptation préalable de l'assureur.

3.3 Entente préalable

L'accord préalable de l'Assureur doit être demandé pour tous les frais relatifs aux postes suivants :

- prothèses dentaires, chirurgie dentaire et orthodontie,
- hospitalisation et chirurgie ambulatoire (y compris l'accouchement),
- les actes médicaux en série quelle qu'en soit la nature dès lors que le nombre de séance est supérieur à 5 séances,
- les traitements de la stérilité ou tous les traitements de procréation assistée
- les séjours en centre médicalisé,

Afin d'obtenir cet accord, l'Assuré doit faire parvenir à l'Assureur un dossier précisant la nature des soins, la durée du traitement ainsi qu'un devis détaillé au plus tard 15 jours avant la date de début des soins et pour une hospitalisation :

- le nom et les coordonnées complètes de l'établissement de soins,
- et les dates d'entrée et de sortie prévues de l'établissement hospitalier.

S'il s'agit d'un accouchement, l'assuré doit faire parvenir dès qu'il en a connaissance un certificat de grossesse précisant la date prévue de l'accouchement.

L'Assureur fera connaître sa décision en précisant le montant de remboursement accepté.

Après accord de l'Assureur, l'Assuré dispose d'un délai de trois mois pour entamer les soins ou le traitement ayant fait l'objet de l'entente préalable. Passé ce délai, l'accord est réputé caduque.

En l'absence d'entente préalable, les frais ne seront pas remboursés. Cependant pour l'hospitalisation, si l'Assureur estime que la dépense est justifiée, les frais seront pris en

charge, en appliquant une franchise de 30% sur le montant qui aurait été remboursé s'il y avait eu entente préalable.

3.4 Limitations aux frais réels

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du Contrat peut obtenir une indemnité complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s).

Pour l'application des dispositions ci-dessus, la limitation au montant des frais restant à charge de l'Assuré est déterminée par l'Assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

3.5 Montant des prestations : (voir tableau page 4)

4. RISQUES ET PRESTATIONS EXCLUS

4.1 Risques exclus

Les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'Assureur s'ils résultent des faits suivants :

- une maladie ou un accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat ou d'un mouvement populaire sauf si l'Assuré ne prend pas une part active à l'événement.
- un sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier les garanties sur un ou des territoires déterminés, moyennant un préavis de quinze jours.

4.2 Prestations exclues

Il est précisé que ne sont pas pris en charge par le présent contrat :

- Les traitements en dehors de la zone géographique telle que précisée au paragraphe 3.1, sauf cas prévus à l'article 3.2.
- Des accidents et maladies antérieurs à la date d'adhésion et non déclarés à l'Assureur ;
- Des exclusions particulières signifiées à l'Assuré par lettre recommandée lors de l'Adhésion ;
- Les actes ne figurant pas dans la nomenclature de la sécurité sociale française ;
- Les actes pour lesquels l'Assuré n'a pas fait la demande d'entente préalable nécessaire, ou dont la demande préalable a été refusée par l'Assureur ;
- Toute forme de traitement expérimental ou non contrôlé qui ne suit pas les pratiques communément acceptées, coutumières ou traditionnelles de la médecine, sauf sur consentement spécifique de la part de l'Assureur.
- Les frais annexes ou de confort en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision...).
- Les traitements liés à la toxicomanie.
- Les cures de désintoxication.
- Les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe.
- Toute opération ou traitement lié au changement de sexe.
- Les traitements esthétiques, cures de rajeunissement, cures d'amaigrissement.
- Les vérifications, études, traitements et complications liés à la stérilité, la stérilisation, les dysfonctionnements sexuels, la contraception y compris l'insertion ou l'enlèvement d'appareil(s) contraceptif(s), l'interruption volontaire de grossesse, sauf dans le cas d'une interruption de grossesse médicalement nécessaire intervenant dans le respect de la législation locale.
- Toute chirurgie élective/volontaire et/ou chirurgie plastique/esthétique.
- Les cures thermales.
- Les frais de transport et d'hébergement relatifs aux cures thermales.
- Les frais médicaux liés à un séjour en centre de thalassothérapie et centre de remise en forme et maison de repos même si ce séjour est médicalement prescrit.
- Les prothèses médicales.
- Les consultations externes en matière de psychothérapie, psychanalyse et de traitement.
- Les soins et hospitalisations liés aux dépressions nerveuses et plus généralement aux maladies d'origine psychique ou névrotique ;
- Les consultations, traitements et complications liés à la perte ou à l'implant de cheveux à moins que ce traitement ne soit lié à une perte des cheveux causée par une maladie grave.
- Les traitements en vue de modifier la réfraction d'un œil ou des yeux (correction oculaire au laser), y compris la kératotomie réfractive (KR) et la kératotomie photo réfractive (KPR).
- Les médicaments sans ordonnance, et les produits non médicamenteux d'usage courant tels que l'alcool médical, le coton hydrophile, les crèmes solaires, les produits d'hygiène dentaire, les pansements, les shampooings, ...
- les soins engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après sa date de cessation, ou encore après la date de résiliation du contrat, étant précisé que seule la date des soins figurant sur les factures est prise en considération ;
- déclarés plus de 365 JOURS après la date des soins.

5. JUSTIFICATIFS

Justificatifs à produire pour les remboursements

Dans les 12 mois qui suivent les remboursements effectués par la CFE (Caisse des Français de l'Étranger), l'assuré et les bénéficiaires doivent fournir les décomptes originaux de la CFE et devront répondre également à toute demande éventuelle concernant l'accident ou la maladie et notamment préciser sa nature, la date du 1er diagnostic ...

Pour la naissance de l'enfant, l'assuré devra produire dans le mois qui suit sa naissance le certificat de naissance.

Pour l'adoption d'un enfant, l'assuré devra produire dans le mois qui suit son adoption le certificat d'adoption.

Délai de transmission des pièces

Les demandes de remboursement doivent, sous peine de déchéance, être adressées dans les 12 mois suivant la date de remboursement par la CFE.

Contrôle

L'assureur se réserve le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé de l'assuré ou des bénéficiaires et des soins effectués.

6. DEFINITIONS

Les termes et expressions utilisés dans le présent contrat ont le sens mentionné ci-dessous :

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

Maladie Infectieuse une maladie provoquée par la transmission d'un micro-organisme (virus, bactérie, parasite, champignon, levure) ou toute une altération notable d'une fonction de l'organisme provoquée par un micro-organisme tel que définit ci-avant

Auxiliaires médicaux

Infirmiers, aides-soignants et autre personnel médical diplômé d'État.

Cure thermale

Traitement médical prescrit d'une durée maximale de vingt et un jours faisant appel à l'eau de source minérale et à ses dérivés. L'établissement doit offrir à ses patients une surveillance et un suivi médical régulier.

Frais d'accouchement

Frais médicaux (incluant chambre particulière) engagés relatifs à l'accouchement vaginal ou par césarienne si cette dernière est médicalement nécessaire ou habituelle dans le pays de naissance. Toute complication, ainsi que la chambre particulière, seront prises en charge par la garantie «hospitalisation».

Hôpital ou établissement régulièrement autorisé

Désigne une institution légalement agréée comme hôpital médical ou chirurgical dans le pays où elle est située, placée sous le contrôle d'un médecin résident.

Il s'agit notamment des établissements ci-après (ou des établissements assimilés s'agissant de frais exposés en dehors de la France) :

- hôpitaux, cliniques médicales, médicochirurgicales, obstétricales,
- maisons de santé pour maladies nerveuses et mentales,
- maisons d'enfants à caractère sanitaire,
- maisons de repos et de convalescence (uniquement pour les séjours consécutifs à une hospitalisation ou une intervention chirurgicale grave).

S'agissant des établissements ci-après, l'indemnisation est limitée à 30 jours par séjour et année civile :

- Maison de santé pour maladie nerveuses et mentales
- Maison de repos et de convalescence
- Maison d'enfants à caractère sanitaire

Médecin régulièrement autorisé

Désigne un praticien légalement diplômé et reconnu par les lois du pays où le traitement couvert par le contrat est dispensé et qui, assurant ce traitement, exerce dans le cadre de son diplôme et de sa formation.

Prothèse dentaire

Soins prosthétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, d'incrustations et d'implants, ainsi que tous les traitements nécessaires, y compris le remboursement des frais de laboratoire et des composants.

Prothèse médicale

Appareil acoustique, auxiliaire de phonation (larynx électronique), fauteuil roulant et aide à la mobilité personnelle, membre artificiel, produit à stomie, soutien à hernie, bandage abdominal, bas de compression élastique ou semelle orthopédique et tout autre appareil médicalement prescrit.

Traitement dentaire d'urgence suite à un accident

Le traitement doit être administré dans les quinze jours et consiste à remplacer les dents saines et naturelles perdues ou endommagées.

Urgence

Terme utilisé en cas d'accident, de catastrophe naturelle, de commencement ou d'aggravation soudaine d'une maladie grave nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Assuré ou de l'une des personnes à sa charge.

Seuls un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste et une hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement..



AGISSANT POUR LE COMPTE DE



TABLEAU DE GARANTIES SANTEA+

CONTRAT DE FRAIS DE SANTE EN COMPLEMENT DE LA CFE

	Délais de carence	Alto	Medio	Eco
HOSPITALISATION		Max. 300'000 Euros / an & par bénéficiaire	Max. 200'000 Euros / an & par bénéficiaire	Max. 150'000 Euros / an & par bénéficiaire
HOSPITALISATION MEDICALE CHIRURGIE HOSPITALISATION CHIRURGICALE	3 Mois	100% DES FRAIS REELS EN FRANCE. AUTRES PAYS : limité à 1 200 Euros / jour supplém. / chambre particulière : 70 Euros par jour	100% DES FRAIS REELS EN FRANCE. AUTRES PAYS : limité à 1 200 Euros / jour supplém. / chambre particulière : 60 Euros par jour	100% DES FRAIS REELS EN FRANCE. AUTRES PAYS : limité à 1 200 Euros / jour supplém. / chambre particulière : 50 Euros par jour
LIT DE L'ACCOMPAGNANT D'UN ENFANT DE - 12 ans	3 Mois	45 Euros / jour dans la limite de 30 jours	45 Euros / jour dans la limite de 30 jours	45 Euros / jour dans la limite de 30 jours
TRANSPORT EN AMBULANCE	3 Mois	100% DES FRAIS REELS (maximum 200 Euros)	100% DES FRAIS REELS (maximum 200 Euros)	100% DES FRAIS REELS (maximum 200 Euros)
MEDECINE	3 Mois	90% DES FRAIS REELS	80% DES FRAIS REELS	
Consultations / Visites				
PHARMACIE	3 Mois	90% DES FRAIS REELS	80% DES FRAIS REELS	
AUXILIAIRES MEDICAUX	3 Mois	90% DES FRAIS REELS	80% DES FRAIS REELS	
Infirmiers, kiné, orthophonistes, orthopédistes...				
RADIOLOGIE	3 Mois	90% DES FRAIS REELS	80% DES FRAIS REELS	
Actes de chirurgie pratiqués par le médecin ou le biologiste				
PROTHESES MEDICALES	3 Mois	90% DES FRAIS REELS (maxi 1 000 Euros par an / pers.)	80% DES FRAIS REELS (maxi 700 Euros par an / pers.)	
Appareil acoustique, auxiliaire de phonation, membre artificiel, fauteuil roulant, semelle orthopédique,...				
LABORATOIRE	3 Mois	90% DES FRAIS REELS	80% DES FRAIS REELS	
Analyses et examens de laboratoires				
DENTAIRE				
SOINS DENTAIRES	6 Mois	90% DES FRAIS REELS (maxi 1 750 Euros / an / pers.)	80% DES FRAIS REELS (maxi 1 350 Euros / an / pers.)	
PROTHESES DENTAIRES Prothèses provisoires, inlay core, inlay-onlay	6 Mois	90% DES FRAIS REELS (maxi 450 Euros par dent et 2 300 Euros / pers. / an)	80% DES FRAIS REELS (maxi 350 Euros par dent et 1 750 Euros / pers. / an)	
ORTHODONTIE (enfant âgé de moins de 16 ans)	6 Mois	90% DES FRAIS REELS maxi 750 Euros / semestre (maxi 4 sem. / enfant)	80% DES FRAIS REELS maxi 550 Euros / semestre (maxi 4 sem. / enfant)	
OPTIQUE				
VERRES ET LENTILLES CORNEENNES	3 Mois	90% DES FRAIS REELS (maxi 150 Euros / pers. / an)	80% DES FRAIS REELS (maxi 120 Euros / pers. / an)	
MONTURES DE LUNETTES	3 Mois	90% DES FRAIS REELS (maxi 150 Euros / pers. / an)	80% DES FRAIS REELS (maxi 120 Euros / pers. / an)	
MATERNITE				
FRAIS D'ACCOUCHEMENT	3 Mois	90% DES FRAIS REELS (maxi 3 000 Euros par acte)	80% DES FRAIS REELS (maxi 1 750 Euros par acte)	
FRAIS D'ACCOUCHEMENT SOUS CESARIENNE : HONORAIRES CHIRURGICAUX	3 Mois	Idem Hospitalisation	Idem Hospitalisation	
FECONDATION IN VITRO	3 Mois	100% DES FRAIS REELS (maxi 500 Euros 3 tentatives par adhésion)		