

# Tableau des garanties

## Contrats collectifs au 1<sup>er</sup> euro ou en complément CFE

Veillez noter que ces couvertures sont uniquement disponibles pour les contrats collectifs ( $\geq 10$  salariés expatriés) qui sont souscrits depuis la France ou un pays membre de l'Union Européenne, en Libre Prestation de Services (LPS). Si le nombre d'expatriés à assurer le permet, les prestations pré définies ci-après peuvent être ajustées en fonction des besoins spécifiques du groupe.

Ce contrat d'assurance santé internationale réservé aux groupes offre plusieurs niveaux de couverture pré établis au choix, comprenant des garanties d'Hospitalisation, de Médecine courante, d'Optique et de Dentaire. Elles ne peuvent être vendues séparément. Les garanties Evacuation Médicale et Rapatriement sont disponibles dans le cadre d'un autre contrat, et pourront être coordonnées avec les garanties frais de santé. Les plafonds exprimés dans le tableau des garanties représentent la somme totale conjointement remboursée par la CFE et Indigo Expat, quand l'intervention se fait en complément de la Caisse des Français de l'Etranger (CFE). Si les frais assurés ne sont pas couverts par la CFE, nous fournirons une couverture au premier euro selon les conditions générales de votre couverture. En tant qu'affilié(e) à la CFE, vous devez en suivre les règles.

Un formulaire d'entente préalable est requis pour les garanties hospitalières<sup>1</sup> et peut être nécessaire pour d'autres garanties<sup>2</sup>, comme indiqué dans les tableaux suivants. Reportez-vous à la note 2 de la section « Notes » pour de plus amples informations.

### Garanties Hospitalisation

Garanties Hospitalisation	Essential	Basic	Classic	Comfort	Premium
Plafond global	500 000 €	500 000 €	1 000 000 €	1 250 000 €	1 500 000 €
Franchise globale	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune
<b>Garanties hospitalières<sup>1</sup> - voir la note 2 sur l'entente préalable pour plus d'informations</b>					
Chambre d'hôpital <sup>1</sup> - chambre particulière	jusqu'à 80 € par jour	jusqu'à 80 € par jour	jusqu'à 500 € par jour	100%	100%
Chambre d'hôpital <sup>1</sup> - chambre semi privée ou commune	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Soins intensifs <sup>1</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Médicaments soumis à prescription médicale et matériel <sup>1</sup> (hospitalisation et soins de jour uniquement) (Médicaments pour lesquels une ordonnance délivrée par un médecin est légalement nécessaire pour l'achat)	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Chirurgie, incluant anesthésie et bloc opératoire <sup>1</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Médecin et thérapeute <sup>1</sup> (hospitalisation et soins de jour uniquement)	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Appareils et matériel chirurgicaux <sup>1</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels

# Garanties Hospitalisation

Garanties Hospitalisation	Essential	Basic	Classic	Comfort	Premium
Analyses et examens médicaux <sup>1</sup> <i>(hospitalisation et soins de jour uniquement)</i>	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Greffe d'organe <sup>1</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Psychiatrie et psychothérapie <sup>1</sup> <i>(hospitalisation et soins de jour uniquement)</i>	jusqu'à 2 000 €	jusqu'à 2 000 €	jusqu'à 3 000 €	jusqu'à 3 000 €	jusqu'à 5 000 €
Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré de moins de 18 ans à l'hôpital <sup>1</sup>	45 € par jour, 28 jours max.	45 € par jour, 28 jours max.	45 € par jour, 28 jours max.	45 € par jour, 28 jours max.	45 € par jour, 28 jours max.
Soins dentaires d'urgence avec hospitalisation	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Hospitalisation de jour <sup>2</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Dialyse rénale <sup>2</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Chirurgie ambulatoire <sup>2</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Soins à domicile ou dans un centre de convalescence <sup>2</sup> <i>(immédiatement après ou en remplacement d'une hospitalisation)</i>	2 500 €	2 500 €	2 500 €	2 500 €	2 500 €
Rééducation <sup>2</sup> <i>(hospitalisation, soins de jour et médecine courante : doit commencer dans les 14 jours suivant la sortie d'hôpital après la fin d'un traitement médical/chirurgical pour une maladie/ condition aiguë)</i>	100 % des frais réels jusqu'à 3 500 €	100 % des frais réels jusqu'à 5 000 €	100 % des frais réels jusque 90 jours	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Transport local en ambulance	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
<b>Autres garanties - voir la note 2 sur l'entente préalable pour plus d'informations</b>					
Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture <i>(pour des déplacements d'une durée maximum de six semaines)</i>	100 %, 42 jours max.	100 %, 42 jours max.	100 %, 42 jours max.	100 %, 42 jours max.	100 %, 42 jours max.
Scanographie et IRM <i>(hospitalisation)</i>	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Tomographie <sup>2</sup> et scanographie-tomographie <sup>2</sup> <i>(hospitalisation)</i>	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Oncologie <sup>2</sup> <i>(hospitalisation, soins de jour)</i>	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
- Achat d'une perruque	200 € durant la vie de l'assuré	200 € durant la vie de l'assuré	200 € durant la vie de l'assuré	200 € durant la vie de l'assuré	200 € durant la vie de l'assuré
Somme forfaitaire en cas d'hospitalisation <i>(par nuit) (en cas de gratuité du traitement)</i>	non couvert	non couvert	non couvert	non couvert	non couvert
Soins d'urgence sans hospitalisation	non couvert	non couvert	non couvert	non couvert	non couvert
Soins dentaires d'urgence sans hospitalisation	non couvert	non couvert	non couvert	non couvert	non couvert
Soins palliatifs <sup>2</sup>	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Soins de longue durée <sup>2</sup>	100 %, 30 jours max. pour la vie	100 %, 60 jours max. pour la vie	100 %, 60 jours max. pour la vie	100 %, 60 jours max. pour la vie	100 %, 60 jours max. pour la vie

# Garanties Médecine courante

Garanties Médecine courante	Essential	Basic	Classic	Comfort	Premium
Plafond global	5 000 €	9 000 €	aucun	aucun	aucun
Franchise	aucune	100 € / personne	100 € / personne	aucune	aucune
Médicaments soumis à prescription médicale <small>(médicaments pour lesquels une ordonnance délivrée par un médecin est légalement nécessaire pour l'achat)</small>	90 % des frais réels	100 % des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Médecins généralistes	90 % des frais réels	100% des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Médecins spécialistes (hors dentiste et ophtalmologue)	90 % des frais réels, jusqu'à 180 € par visite	100% des frais réels, jusqu'à 180 € par visite	90 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Biologie, analyses médicales	90 % des frais réels	100% des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Radiologie, imagerie médicale	90 % des frais réels	100% des frais réels	90 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Vaccinations	non couvert	jusqu'à 250 €	jusqu'à 400 €	jusqu'à 500 €	jusqu'à 500 €
Chiropraxie, ostéopathie, homéopathie, médecine traditionnelle chinoise, acuponcture et podologie <small>(max. 10 séances par pathologie par consultation de chiropracteur ou d'ostéopathe, dans la limite du plafond de garantie)</small>	non couvert	non couvert	non couvert	100 % des frais réels, jusqu'à 350 €	100 % des frais réels, jusqu'à 500 €
Consultations prescrites de kinésithérapeute, d'orthophoniste, d'orthoptiste et d'ergothérapeute <sup>2</sup>	non couvert	100% des frais réels, 20 visites max	90 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Psychiatrie et psychothérapie	non couvert	non couvert	90 % des frais réels, 10 visites max.	100 % des frais réels, 10 visites max.	100 % des frais réels, 15 visites max.
Équipement médical prescrit (incl. appareil auditif, prothèses orthopédiques)	non couvert	100 % des frais réels, jusqu'à 1 500 €	90 % des frais réels, jusqu'à 2 000 €	100 % des frais réels, jusqu'à 4 000 €	100 % des frais réels, jusqu'à 4 000 €
Bilans de santé. Ces bilans se limitent aux examens suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen physique</li> <li>• Prise de sang (formule sanguine complète, analyse biochimique, bilan lipidique, fonction thyroïdienne, fonction hépatique, fonction rénale).</li> <li>• Examen cardiovasculaire (examen physique, électrocardiogramme, tension artérielle)</li> <li>• Examen neurologique (examen physique)</li> <li>• Dépistage de cancer</li> <li>- Frottis cervico-utérin annuel</li> <li>- Mammographie (tous les deux ans pour les femmes de 45 ans ou plus, ou moins si antécédents familiaux)</li> <li>- Examen de la prostate (tous les ans pour les hommes de 50 ans ou plus, ou moins si antécédents familiaux)</li> <li>- Coloscopie (tous les cinq ans pour les assurés de 50 ans ou plus, ou 45 ans ou plus en cas d'antécédents familiaux)</li> <li>- Test annuel de recherche de sang occulte dans les selles</li> <li>• Ostéodensitométrie (tous les cinq ans pour les femmes de 50 ans ou plus)</li> <li>• Bilan de santé pour enfant (pour un enfant dont l'âge n'excède pas six ans et limité à 15 visites durant la vie de l'assuré)</li> </ul>	90 % des frais réels, jusqu'à 200 €	100 % des frais réels, jusqu'à 200 €	100 % des frais réels, jusqu'à 400 € / 2 ans	100 % des frais réels, jusqu'à 600 € / 2 ans	100 % des frais réels, jusqu'à 800 € / 2 ans

## Garanties Optique

Garanties Médecine courante	Essential	Basic	Classic	Comfort	Premium
Lunettes prescrites, lentilles de contact prescrites, y compris les consultations et examens des yeux	non couvert	non couvert	90 % des frais réels, jusqu'à 450 € / 2 ans	100 % des frais réels, jusqu'à 450 € / 2 ans	100 % des frais réels, jusqu'à 600 € / 2 ans
Correction visuelle au laser (correction de la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme)	non couvert	non couvert	non couvert	non couvert	100 % des frais réels, jusqu'à 300 € / œil pour la vie

## Garanties Dentaire

Garanties Médecine courante	Essential	Basic	Classic	Comfort	Premium
Plafond global	250 €	400 €	3 500 €	3 500 €	4 500 €
Consultations et soins dentaires	} 90 %	} 100 %	} 90 % des frais réels, jusqu'à 1 200 €	} 100 % des frais réels, jusqu'à 1 200 €	} 100 % des frais réels, jusqu'à 1 500 €
Chirurgie dentaire					
Périodontie					
Prothèses dentaires	non couvert	non couvert	400 E/prothèse, jusqu'à 1 200 €	500 E/prothèse, jusqu'à 1 500 €	600 E/prothèse, jusqu'à 1 800 €
Soins d'orthodontie (≤ 16 ans)	non couvert	non couvert	90 % des frais réels, jusqu'à 1 500 €	100 % des frais réels, jusqu'à 1 500 €	100 % des frais réels, jusqu'à 1 500 €

## Garanties Maternité

Garanties Maternité	Essential	Basic	Classic	Comfort	Premium
Maternité <sup>2</sup> (hospitalisation et médecine courante)	non couvert	5 000 €	7 000 €	12 000 €	20 000 €
Complications de grossesse et à l'accouchement <sup>2</sup> (hospitalisation)	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Procréation Médicalement Assistée (hospitalisation et médecine courante)	non couvert	non couvert	non couvert	6 000 € au total, dont 1 500 € /tentative – 4 tentatives max sur la durée de vie du contrat	10 000 € au total, dont 2 500 € /tentative – 4 tentatives max sur la durée de vie du contrat

# Notes

## 1. Zone de couverture

Il existe plusieurs zones de couverture. Les zones de couverture géographiques sont précisées dans la proposition chiffrée puis dans le contrat.

## 2. Entente préalable

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

- Ensemble des garanties hospitalières numérotées<sup>1</sup>
- Hospitalisation de jour<sup>2</sup>
- Dialyse rénale<sup>2</sup>
- Chirurgie ambulatoire<sup>2</sup>
- IRM (imagerie par résonance magnétique). Pour un règlement direct au prestataire médical, une entente préalable peut être requise pour ces examens
- Tomographie<sup>2</sup> (par émission de positons) et scanographie tomographie
- Soins à domicile ou dans un centre de convalescence<sup>2</sup>
- Maternité<sup>2</sup>, et complications de grossesse et à l'accouchement<sup>2</sup> (en hospitalisation uniquement)
- Oncologie<sup>2</sup> (en hospitalisation et soins de jour uniquement)
- Ergothérapie<sup>2</sup> (en consultation externe uniquement)
- Rééducation<sup>2</sup>
- Évacuation médicale ou rapatriement (si couvert)<sup>2</sup>
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas d'évacuation/rapatriement<sup>2</sup>
- Rapatriement du corps<sup>2</sup>
- Frais de transport des membres de la famille assurés en cas de rapatriement du corps<sup>2</sup>
- Frais d'une personne accompagnant l'assuré évacué ou rapatrié<sup>2</sup>
- Soins palliatifs<sup>2</sup>
- Soins de longue durée<sup>2</sup>

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

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

Nous devons être informés au moins 10 jours ouvrés avant le traitement afin d'assurer qu'il n'y aura pas de délai lors de l'admission. Cela permet à l'assuré de pouvoir être hospitalisé sans avancer de frais, dans la mesure du possible. Par ailleurs, cela permet également à nos professionnels médicaux de superviser le traitement.

En cas d'urgence, nous devons être informés dans les 48 heures suivant l'incident afin de nous assurer qu'aucune pénalité ne sera appliquée à la demande de remboursement. Le formulaire d'entente préalable peut être téléchargé depuis le site Internet de la plateforme de gestion.

## 3. Demande et délai de remboursement

Les services de gestion ont mis en place une procédure simple afin que ses affiliés puissent se faire rembourser leurs frais médicaux.

Tout formulaire de demande de remboursement dûment complété est traité et les instructions de paiement sont envoyées à la banque de l'affilié(e) en moins de 48 heures. Si des informations supplémentaires sont nécessaires pour compléter la demande, l'affilié(e) ou son médecin en sera informé(e) par e-mail ou par courrier dans les 48 heures suivant la réception du formulaire. Un e-mail est automatiquement envoyé à l'affilié(e) (lorsque son adresse e-mail nous a été communiquée) pour l'informer du traitement de sa demande de remboursement.

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

## 4. Plafonds des garanties

Deux types de plafonds de garantie sont indiqués dans le tableau des garanties. Le **plafond global de la formule**, applicable à certaines d'entre elles, est le montant maximum que nous paierons pour l'ensemble des garanties, par affilié, par année d'assurance, et sous cette formule en particulier. Certaines garanties ont également un **plafond propre**, par exemple « Soins à domicile ou dans un centre de convalescence ». Ces plafonds de garantie peuvent être appliqués soit « par année d'assurance », « pour toute la vie » ou « par événement », comme par voyage, par visite ou par grossesse.

Nous paierons parfois un pourcentage des coûts pour certaines garanties comme « 90 % des frais réels, jusqu'à 350 € ». Lorsque le plafond de garantie s'applique ou lorsque « 100 % des frais réels » est indiqué pour certaines garanties, le remboursement sera soumis au plafond global de la formule, si celle-ci en a un. Tous les plafonds s'appliquent par affilié(e) et par année d'assurance, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

## 5. Conditions générales de la police

Veuillez noter que la couverture n'est pas soumise à une souscription médicale ou à délais de carence pour les groupes ayant 10 salariés expatriés actifs dans le contrat.

Ces garanties sont soumises aux conditions générales du contrat.

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

Assurances INDIGO EXPAT - 63, rue de Provence - 75009 Paris, France

Service téléphonique : + 33 (0)1 53 16 42 61 ; E-mail : [moncey@moncey-assurances.com](mailto:moncey@moncey-assurances.com)

MGEN International Benefits SAS est une société par actions simplifiée à associé unique régie par le code des assurances. No. Siret : 813 361 441 00021 Paris, France.

Adresse : 5 7, 3 saquare Max Hymans, 75015 Paris FRANCE. MGEN International Benefits SAS exerce sous la dénomination commerciale de MGEN IB.