



Cigna Global Health Options

# Guide client

Tout ce que vous devez savoir au sujet de  
votre assurance



**Vous  
souhaitez  
nous  
contacter ?**

Si vous avez des questions au sujet de votre police d'assurance, si vous avez besoin de faire approuver des soins ou pour toute autre raison, n'hésitez pas à contacter notre équipe du Service clients disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an.



### **Rendez-vous dans votre espace client**

Contactez-nous par messagerie instantanée

Envoyez-nous un message

Demandez à être rappelé

---



Vous pouvez aussi nous envoyer un e-mail à :  
**[cignaglobal\\_customer.care@cigna.com](mailto:cignaglobal_customer.care@cigna.com)**

---



### **Appelez-nous**

International : **+44 (0) 1475 788 182**

États-Unis : **800 835 7677** (appel gratuit)

Hong Kong : **2297 5210** (appel gratuit)

Singapour : **800 186 5047** (appel gratuit)

# Table des matières

[Page 2 :](#)

**Informations importantes**

[Page 4 :](#)

**Comprendre votre assurance santé**

[Page 5 :](#)

**Bienvenue chez Cigna Healthcare**

[Page 6 :](#)

**Notre Assistance clinique**

[Page 7 :](#)

**Gestion de votre police**

[Page 8 :](#)

**Accès aux soins**

[Page 9 :](#)

**Organisation des traitements**

[Page 11 :](#)

**Accéder aux exemples de traitement**

[Page 13 :](#)

**Soumettre des demandes de remboursement**

[Page 14 :](#)

**Application Cigna Wellbeing<sup>®</sup>**

[Page 16 :](#)

**Gestion de votre santé**

[Page 17 :](#)

**Tableau des garanties**

[Page 17 :](#) Assurance santé Internationale

[Page 29 :](#) Traitement complet du cancer

[Page 30 :](#) Option internationale Soins ambulatoires

[Page 37 :](#) Option internationale Santé et bien-être

[Page 42 :](#) International Medical Evacuation

[Page 46 :](#) Option internationale Optique et Soins dentaires

[Page 49 :](#)

**Franchise et participation aux coûts**

[Page 51 :](#)

**Bon à savoir et FAQ**

[Page 53 :](#)

**Définitions**



# Comprendre votre assurance santé

Vous avez choisi une assurance qui répond à vos besoins particuliers. Par conséquent, en lisant votre Guide client et en découvrant toute l'étendue de la couverture que nous fournissons, n'oubliez pas de jeter un œil à votre attestation d'assurance pour vous rappeler des éventuelles garanties facultatives que vous avez choisi d'ajouter à votre prise en charge de base – Assurance santé internationale.

À la fin du présent document, nous avons expliqué la signification de certains termes clés dans la [rubrique Définitions](#).

Lisez ce Guide client, ainsi que les Règles applicables à la police d'assurance et votre attestation d'assurance, car ils font tous partie intégrante du contrat établi entre vous et nous pour cette période de couverture. Veuillez noter que la période de couverture minimale de la présente police est de trois mois. Vous trouverez plus d'informations dans le document Règles applicables à la police d'assurance disponible sur votre Espace Client en ligne.

Lorsque nous utilisons le terme « vous », nous nous référons à vous-même, le preneur d'assurance, ainsi qu'à tout autre bénéficiaire désigné sur votre attestation d'assurance comme étant couvert par la présente police, y compris les nouveau-nés.

Lorsque nous utilisons les termes « nous », « notre » et « nos », nous faisons référence à Cigna Healthcare, l'assureur de la présente police. Veuillez vous référer aux Règles applicables à la police d'assurance pour plus d'informations sur l'entité juridique Cigna Healthcare fournissant votre police.



# Bienvenue chez Cigna Healthcare

Merci d'avoir choisi une assurance Cigna Global Health Options pour vous protéger et protéger votre famille. Notre mission est d'améliorer la santé et la vitalité de nos clients, et notre spécialité est de vous accompagner, vous et votre famille, dans votre parcours à l'international.



## Nos assurés avant tout

Cela signifie que vous pouvez toujours vous attendre au plus haut niveau de service et de soin :

- **Notre équipe du Service clients multilingue est disponible 24h/24**
- **Nous essayons toujours de traiter votre lettre de prise en charge dans l'heure**
- **Nous nous efforçons de traiter vos demandes de remboursement dans un délai de cinq jours ouvrables après réception de tous les documents nécessaires**

## Nous sommes votre partenaire santé global

Nous sommes là pour vous assister tout au long de votre parcours de bien-être en :

- **Vous connectant à l'expertise médicale de notre équipe clinique via notre Programme de prise en charge clinique personnalisée**
- **Vous aidant à accéder à des services tels que Global Telehealth (Télémédecine internationale) via notre application Cigna Wellbeing®**
- **Mettant l'accent sur vos contrôles préventifs et votre bien-être mental dans le cadre de notre option Santé et Bien-être**

## Nous disposons d'une expertise internationale

Nous vous offrons un accès à notre réseau international d'hôpitaux, de cliniques et de médecins de confiance, notamment :

- **300 000 professionnels de santé ;**
- **67 000 pharmacies sous contrat ;**
- **plus de 150 médecins et infirmières internes.**

# Notre Assistance clinique

## Bon à savoir

Vous pouvez accéder à l'Appui clinique en contactant notre Service clients aux coordonnées indiquées à la [page 2](#).

Nous avons à cœur de vous aider vous et vos proches à vivre plus heureux et en meilleure santé, grâce à notre expertise clinique. Découvrez ci-dessous comment notre équipe dédiée de médecins et de personnel infirmier peut vous aider.

## Nous veillons à ce que vous vous sentiez à tout moment soutenu durant votre parcours médical

### Prise en charge personnalisée du patient

- Une infirmière désignée sera votre point de contact unique
- Vous bénéficierez en permanence d'un conseil et d'un accompagnement personnalisé
- Nous créerons des plans de traitement sur mesure pour faire face à toute situation complexe.

### Gestion des maladies chroniques

Du personnel infirmier spécialisé vous accompagnera si vous souffrez d'une maladie chronique, telle que :

- Prédiabète et diabète
- Hypertension
- Douleurs musculo-squelettiques (articulations, muscles ou nerfs)
- Arthrite

L'assistance comprend :

- la création d'un plan de traitement spécifique avec des objectifs réalisables ;
- la surveillance de votre état de santé par des appels et des évaluations réguliers ;
- la révision du plan d'action suivant si médicalement nécessaire\*

## Être rassuré par un deuxième avis médical

### Programme d'aide à la décision

Ce service fournit des conseils et des recommandations sur votre diagnostic individuel, et comprend :

- l'accès à des experts médicaux de premier plan pour un deuxième avis médical ;
- un premier contact dans les 48 heures suivant la réception de vos antécédents médicaux ;
- un rapport médical contenant l'avis de l'expert médical sur votre programme de soins médicaux ;
- toute autre réponse et explication dont vous pourriez avoir besoin.

\* Ce programme est disponible indépendamment de l'application d'une exclusion médicale à votre police d'assurance liée à une maladie chronique. Toutefois, un traitement physique pourrait ne pas être pris en charge pour cette maladie s'il fait partie de l'exclusion médicale.

# Gestion de votre police

En tant que client Cigna Global Health Options, vous avez accès à une mine d'informations où que vous soyez dans le monde, par le biais de votre Espace client en ligne sécurisé.

Pour accéder à votre Espace client en ligne sécurisé, cliquez [ici](#).



Sélectionnez « **Assurance pour particuliers à international** » dans la liste et cliquez sur le bouton « **Connectez-vous** ».



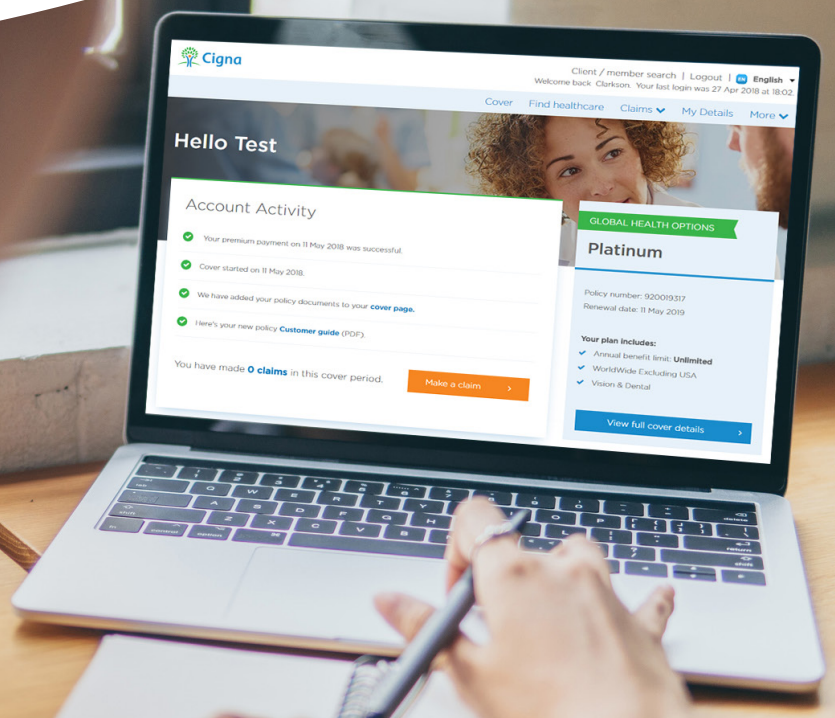
Saisissez l'**adresse e-mail** que vous nous avez communiquée, puis votre mot de passe.

Si vous rencontrez des difficultés pour accéder à votre espace client, veuillez contacter notre équipe du service clients. Les coordonnées des personnes à contacter sont indiquées en [page 2](#).

**Votre espace client en ligne sécurisé vous offre le moyen le plus facile de gérer votre police d'assurance et d'accéder à l'ensemble des informations concernant votre assurance. Depuis cet espace, vous pouvez :**

- Consulter les documents se rapportant à votre police d'assurance, y compris votre attestation d'assurance et les cartes d'affiliation Cigna Healthcare de tous vos bénéficiaires ;
- Consulter les éventuelles exclusions spéciales qui s'appliquent à votre police d'assurance ;
- Consulter les prestations prévues par votre assurance ;
- Consulter un résumé des paiements effectués au regard de vos primes d'assurance ;
- Consulter l'ensemble de vos communications avec nous ;
- Envoyer facilement vos demandes de remboursement et en suivre l'évolution ;
- Mettre à jour vos informations personnelles, si nécessaire.

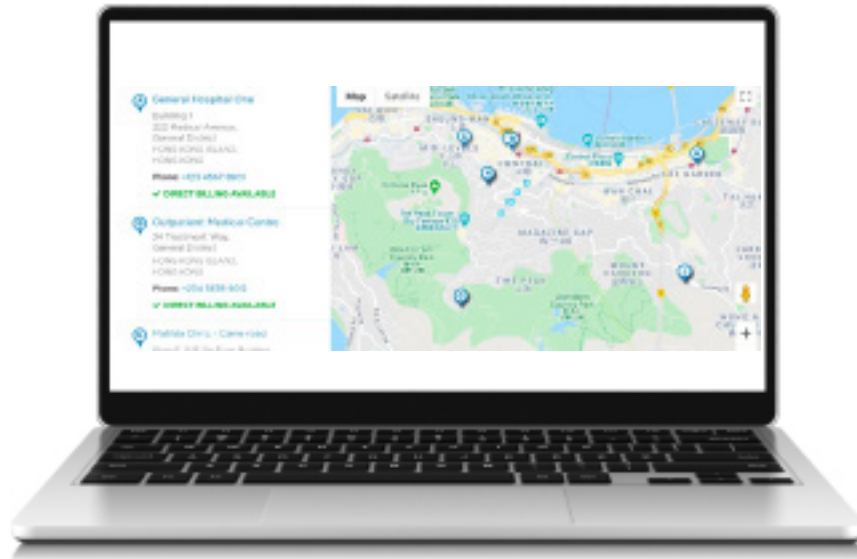
**Bon à savoir**  
Vous pouvez accéder à votre Espace Client en ligne via [www.cignaglobal.com](http://www.cignaglobal.com) et cliquer sur le bouton « Connexion assuré » en haut à droite de la page.



# Accès aux soins

Notre outil de recherche vous permet de trouver facilement des professionnels de santé près de chez vous. Vous pouvez affiner votre recherche par spécialité médicale, type d'établissement ou professionnel de santé.

Vous recevrez une liste claire des professionnels de santé avec facturation directe et une carte claire indiquant où les professionnels de santé se trouvent par rapport à votre localisation.



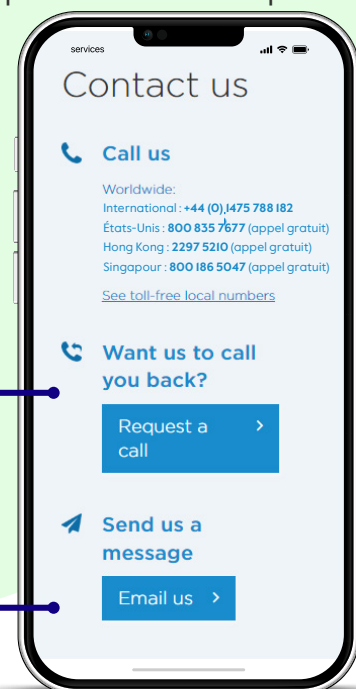
## Nous contacter

Votre [Espace client](#) en ligne sécurisé vous offre également différents moyens pratiques de nous contacter, notamment en discutant par tchat, en nous envoyant directement un message ou en nous demandant de vous rappeler au moment qui vous convient.

 **Messagerie instantanée**

 **Demander à être rappelé**

 **Envoyez-nous un message**



# Organisation des traitements

## De quel type de traitement ou de consultation avez-vous besoin ?

### Traitements administrés dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins de jour

- Hospitalisation longue durée
- Hospitalisation avant et après une intervention chirurgicale
- Opération de routine le jour même
- Traitement en cours programmé
- Admission dans un service spécialisé
- Soins de maternité ou accouchement

Par exemple, si vous avez besoin d'une intervention chirurgicale à la suite d'une crise cardiaque. Tous les tests diagnostiques, les interventions chirurgicales et les frais hospitaliers sont couverts dans le cadre du traitement des patients hospitalisés et en soins de jour. Voir [page 11](#).

### Soins ambulatoires

- Consultations d'un médecin
- Analyses sanguines et autres examens diagnostiques
- Radiographies et scanners
- Rendez-vous de kinésithérapie
- Rendez-vous d'acupuncture
- Intervention mineure (par exemple points de suture)
- Médicaments prescrits

Par exemple, un test diagnostique, une vaccination contre la grippe ou le retrait d'un grain de beauté. Voir [page 12](#).

## Vous avez besoin de contacter Cigna Healthcare en premier ?

### Une autorisation préalable est requise avant de recevoir ces traitements.

Veuillez contacter l'équipe du Service client dès que possible pour vous assurer que votre traitement est pris en charge.

### Si vous n'avez pas obtenu d'autorisation préalable :

- Retard de traitement des demandes de remboursement
- Réduction des paiements de 20 %

### Dans la plupart des cas, une autorisation préalable n'est pas requise.

Un nombre limité de soins ambulatoires nécessitent une autorisation préalable et ils sont répertoriés en [page 28](#).

### **Remarque : En cas d'urgence :**

- Demandez d'abord un traitement, il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation préalable avant
- Vous ou un membre de votre famille pouvez nous appeler dans les 48 heures suivant le traitement initial
- Nous confirmons le traitement et organisons le règlement avec le professionnel de santé
- Si le professionnel de santé ne fait pas partie du réseau Cigna Healthcare, nous pouvons décider, avec votre consentement, de poursuivre le traitement avec un professionnel de santé sélectionné.



## Où pouvez-vous recevoir le traitement ? Pouvez-vous choisir votre professionnel de santé ?

### Annuaire des professionnels de santé

Pour les traitements administrés dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins de jour, l'équipe du Service Clients peut vous aider à trouver le professionnel de santé du réseau Cigna Healthcare le plus proche lorsque vous demandez votre autorisation préalable.

Ou vous pouvez utiliser l'Annuaire des professionnels de santé dans votre Espace Client en ligne.

### Choix du professionnel de santé

#### **En dehors des États-Unis :**

Comme vous n'avez pas besoin d'autorisation préalable pour la plupart des soins ambulatoires, vous pouvez choisir le professionnel de santé de votre choix.

#### Depuis les États-Unis :

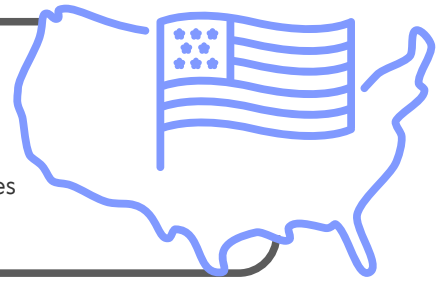
Pour tout soin ambulatoire, il est recommandé de rester au sein du réseau Cigna Healthcare.

## Soins aux États-Unis

Si vous choisissez un professionnel de santé hors réseau, nous réduirons le montant que nous payons de **20 %**.

### Cette réduction de paiement ne s'appliquera pas dans les cas suivants :

- Pas de professionnel de santé du réseau Cigna Healthcare à moins de 30 miles/50 kilomètres
- Les traitements nécessaires ne sont pas disponibles ailleurs
- Soins médicaux d'urgence.



## Devez-vous payer votre traitement de votre poche ?

### Lettre de prise en charge

Dans le cadre du processus d'autorisation préalable, nous émettrons dans la plupart des cas une lettre de prise en charge en votre faveur et/ou du professionnel de santé choisi. Cela signifie que nous acceptons à l'avance de payer tout ou partie des coûts d'un traitement particulier avec ce professionnel de santé sur la base des honoraires estimés.

Une fois la lettre de prise en charge remise, nous paierons au professionnel de santé le montant accepté à la réception d'une demande appropriée et d'une copie de la facture concernée, une fois les soins médicaux réalisés. En cas d'écart entre la lettre de prise en charge convenue et les honoraires du professionnel de santé, nous examinerons la différence conformément à notre processus d'arbitrage des demandes de remboursement.

# Obtenir un traitement

### Pour les traitements administrés dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins de jour

Après avoir reçu l'autorisation préalable requise et une lettre de prise en charge du coût estimé de votre traitement auprès du professionnel de santé choisi, vous pouvez planifier votre séjour à l'hôpital ou réserver votre traitement.

### Pour les soins ambulatoires et préventifs

Comme vous n'avez pas besoin d'autorisation préalable pour vos besoins médicaux quotidiens, nous n'émettrons pas de lettre de prise en charge dans ces cas et vous pourrez vous rendre directement chez votre médecin ou spécialiste.

De même, vous pouvez réserver un bilan de santé annuel ou un dépistage du cancer sans avoir à contacter au préalable notre équipe du Service clients.

Recevoir un traitement – Pensez à emporter une copie de votre identifiant Cigna Healthcare avec vous. Celui-ci est disponible au téléchargement dans votre Espace Client en ligne.



## Comment régler la ou les factures de soins médicaux après votre traitement ?

### Pour les factures importantes, dans la plupart des cas, nous payons directement le professionnel de santé

Pour la plupart des hospitalisations/soins de jour, nous réglerons directement votre hôpital, votre clinique ou votre médecin :

- par le biais d'un accord de facturation directe
- par la fourniture d'une lettre de prise en charge

#### Remarques :

- Nous ne paierons que la partie correspondant aux frais de traitement pris en charge.
- Vous êtes responsable du paiement de toute franchise ou participation aux coûts applicable au professionnel de santé une fois que nous aurons réglé la facture. Nous vous communiquerons le montant dû.

### Si vous avez payé le professionnel de santé

Envoyez-nous votre facture et vos demandes de remboursement dans un délai de 12 mois à compter de la date de traitement. Vous pouvez soumettre vos demandes de remboursement en ligne via votre Espace Client sécurisé en ligne, par e-mail, fax ou courrier.

Vous trouverez des détails sur la manière de soumettre une demande de remboursement en [page 13](#).

#### Remarques :

- Nous vous rembourserons vos frais (déduction faite de votre éventuelle franchise et/ou participation aux coûts).
- Nous nous efforçons de traiter vos demandes de remboursement dans un délai de 5 jours ouvrables à compter de la réception de l'ensemble des documents requis.

Vous pouvez télécharger vos formulaires de demande de remboursement dans votre Espace client en ligne sécurisé ou sur [www.cignaglobal.com/help/claims](http://www.cignaglobal.com/help/claims)

#### Important :

- Dans le cas où il nous serait impossible de payer directement un professionnel de santé, il vous incombera de payer les frais de traitement à votre professionnel de santé et Cigna Healthcare vous remboursera par la suite.
- Si le professionnel de santé vous demande de payer la franchise ou la participation aux coûts applicable au moment du traitement, vous devez obtenir une facture et un **reçu pour le montant payé** afin d'éviter de payer deux fois.
- Veuillez noter que nous sommes susceptibles, à notre entière discrétion et sans notification, d'apporter des changements au réseau de Cigna Healthcare en ajoutant et/ou en supprimant des hôpitaux, des cliniques, des professionnels de santé et des pharmacies.

# Exemple 1 : Hospitalisation

Vous vous demandez comment votre police fonctionnera pour vous ?

Le parcours ci-dessous montre un exemple de cliente qui doit être hospitalisée et comment Cigna Healthcare peut l'aider tout au long de ce parcours.

Profil : Linda Âge : 55 Assurance : CGHO Silver

Linda est emmenée à l'hôpital à la suite d'une suspicion de crise cardiaque à son domicile.

- **Prestation utilisée :** [Services d'ambulance locale](#)
- **Autorisation préalable :** Comme il s'agit d'une urgence, Linda n'est pas tenue d'appeler d'abord notre Service clients.



Après une opération réussie, Linda a besoin de rééducation à l'hôpital.

- **Prestation utilisée :** [rééducation](#)
- **Autorisation préalable :** requise
- **Lettre de prise en charge** fournie dans le cadre du processus d'autorisation préalable



Linda arrive à l'hôpital.

- **Traitement :** Linda est informée qu'elle a besoin d'une intervention chirurgicale
- **Prestation utilisée :** [Frais d'hospitalisation](#)
- **Autorisation préalable :** requise\*
- **Lettre de prise en charge :** fournie dans le cadre du processus d'autorisation préalable



Après une opération réussie et une rééducation de suivi, Linda est renvoyée à la maison pour récupérer complètement.

- **Règlement :** Linda ayant obtenu les autorisations préalables requises, toutes ses factures de soins médicaux sont prises en charge directement par Cigna Healthcare auprès de l'hôpital.

\*Comme Linda n'a pas été en mesure d'appeler elle-même le Service clients, sa fille, enregistrée en tant que tiers dans la police de Linda, a pu parler à un représentant du Service clients pour obtenir une autorisation préalable et une lettre de prise en charge avant de recevoir tout traitement.

# Exemple 2 : Soins non hospitaliers

Vous vous demandez comment votre police fonctionnera pour vous ?

Le parcours ci-dessous montre un exemple de client qui doit recevoir des soins ambulatoires et comment Cigna Healthcare peut l'aider tout au long de ce parcours.

Profil : William Âge : 65 Assurance : CGHO Platinum

Assurance complémentaire sélectionnée : module Option internationale Soins ambulatoires

## Bon à savoir

Un patient est dit en soins ambulatoires lorsqu'il est traité dans un hôpital, un cabinet de consultation ou une clinique externe, sans toutefois être admis pour des soins de jour, être hospitalisé ou occuper un lit.

William se sent mal et rend visite à son médecin pour discuter de ses symptômes.

**Prestation utilisée :** [Consultations et soins ambulatoires auprès de médecins praticiens](#)

**Autorisation préalable :** non requise

**Remboursement de la demande :** non requise\*



Le médecin passe en revue les symptômes de William et prescrit des antibiotiques.

**Prestation :** [médicaments et pansements sur ordonnance](#)

**Autorisation préalable :** non requise

**Remboursement de la demande :** requis\*\*

William mentionne également un grain de beauté qu'il aimerait montrer au médecin.

Il prend rendez-vous pour une consultation de suivi.

**Autorisation préalable :** non requise



Deux semaines après sa première consultation, William fait retirer le grain de beauté avec succès chez son médecin.

**Prestation :** [Consultations de médecins généralistes](#)

**Autorisation préalable :** non requise

**Remboursement de la demande :** non requise\*

Une semaine plus tard, William revient se faire enlever ses points de suture, et aucune consultation de suivi supplémentaire n'est nécessaire.

**Prestation :** [Consultations de médecins généralistes](#)

**Autorisation préalable :** non requise

**Remboursement de la demande :** non requise\*



\*William utilise l'annuaire des professionnels de santé dans son Espace client en ligne pour localiser le cabinet médical le plus proche faisant partie du réseau de Cigna Healthcare. Comme pour la plupart des prises en charge de soins ambulatoires, William n'a pas besoin d'une autorisation préalable avant de chercher un traitement. Comme le médecin fait partie du réseau de professionnels de santé de Cigna, Cigna Healthcare est facturé directement dans ce cas, ce qui signifie que William n'a pas besoin de demander le remboursement de ces visites médicales intra-réseau.

\*\*Si la pharmacie chargée de retirer l'ordonnance ne fait pas partie du réseau Cigna Healthcare, William devra payer à l'avance le coût du médicament et présenter une demande de remboursement. Actuellement, uniquement aux États-Unis, les clients de Cigna Healthcare pourront accéder au réseau de pharmacies de Cigna Healthcare, où la vérification et l'exécution se font automatiquement sans avoir à payer le médicament de leur poche.

# Soumettre des demandes de remboursement

Si vous avez réglé vos soins vous-même, vous pouvez nous envoyer votre facture et votre formulaire de demande de remboursement. Le moyen le plus simple de le faire est via votre Espace client en ligne sécurisé.

**Vous aurez besoin de :**



La **facture** de votre professionnel de santé



Le **formulaire de demande de remboursement** complété



Le **justificatif** de votre paiement

**N'oubliez pas d'indiquer clairement votre numéro de police d'assurance sur tous les documents que vous nous transmettez.**

Vous pouvez télécharger vos formulaires de demande de remboursement à partir de votre Espace client en ligne sécurisé ou sur <https://www.cignaglobal.com/individuals-families/members/help/claims-process>.

## Vous pouvez soumettre vos demandes de remboursement par :

- Votre **Espace client** en ligne sécurisé (voir [page 7](#))
  - E-mail : [cghoclaims@cigna.com](mailto:cghoclaims@cigna.com)
  - Courrier : **Pour les soins médicaux effectués :**
- Fax : +44 (0) 1475 492 113 (En dehors des États-Unis) ; 855 358 6457 (Aux États-Unis)

En dehors des États-Unis, de Hong Kong et de Singapour	Cigna Global Health Options, Customer Service, I Knowe Road, Greenock Scotland PA15 4RJ
Aux États-Unis	Cigna International, PO Box 15964, Wilmington, Delaware 19850, USA
À Hong Kong	Cigna Worldwide General Insurance Company Ltd, Cigna Global Health Options, Customer Service, 16/F, International Trade Tower, 348 Kwun Tong Road, Kwun Tong, Kowloon, Hong Kong SAR
À Singapour	Business Services Team, Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. - Singapore Branch, Cigna Global, Health Singapore, 152 Beach Road, #33-05/06, The Gateway East, Singapore 189721

## Informations importantes

- Vous et tous les bénéficiaires devez respecter les procédures de demande de remboursement détaillées dans ce Guide client.
- Nous pouvons vous rembourser par virement.
- Il est possible que nous ayons besoin d'informations supplémentaires pour traiter une demande de remboursement, par exemple des rapports médicaux ou autres informations sur l'état de santé du bénéficiaire, ou encore les résultats d'un examen médical indépendant que nous pourrions demander (réalisé à nos frais).
- Les bénéficiaires doivent envoyer les formulaires de demande de remboursement et les factures le plus rapidement possible après les soins. Si une demande de remboursement accompagnée des factures pertinentes ne nous parvient pas dans un délai de 12 mois à compter de la date de l'administration du traitement, cette demande ne pourra faire l'objet d'aucun paiement ni d'aucun remboursement de notre part.

**Sous réserve des conditions de la présente police, nous prenons en charge les frais suivants en rapport avec votre demande de remboursement :**

- Frais décrits dans la section Liste des garanties de ce Guide client, applicable à la date ou aux dates des soins du bénéficiaire.
- Frais des soins déjà effectués. Cependant, nous ne prenons pas en charge les frais des soins nécessitant un acompte ou un règlement à l'avance.
- Soins médicalement nécessaires et cliniquement appropriés pour le bénéficiaire.
- Frais raisonnables et habituellement pratiqués pour les soins médicaux, et services liés à des soins médicaux qui figurent dans la liste des garanties. Nous prenons en charge les frais des soins médicaux correspondant aux honoraires pratiqués au lieu du traitement et conformément à la pratique clinique et médicale établie.
- Si vous dépassez le plafond applicable à une prestation individuelle, ou le montant de la prestation annuelle maximale, nous vous demanderons un remboursement afin de couvrir le dépassement de votre plafond.

# Application Cigna Wellbeing®

Notre application Cigna Wellbeing® vous propose une multitude d'outils et de fonctionnalités qui vous aideront à prendre soin de votre santé et de votre bien-être.

## Bon à savoir

Vous pouvez consulter un médecin à tout moment en fixant un rendez-vous virtuel via Télémédecine internationale sur l'application Cigna Wellbeing®.

## Accès à des soins partout, à tout moment

L'application Cigna Wellbeing® est le moyen le plus simple d'accéder au service Télémédecine internationale. Utilisez la même adresse e-mail et le même mot de passe que votre Espace client en ligne pour accéder aux services de l'application Cigna Wellbeing®.



### DEMANDER UN RENDEZ-VOUS

Utilisez l'application Cigna Wellbeing® pour prendre rendez-vous avec un médecin partout, à tout moment.



### PARLER À UN MÉDECIN

La première consultation sera réalisée par un médecin généraliste par téléphone ou visioconférence.



### SE SENTIR MIEUX

Recevez un avis sur mesure. Comprend des services de prescription et d'orientation vers un traitement si vous avez besoin de soins supplémentaires.

## Pourquoi utiliser le service Télémédecine internationale ?

### C'est pratique.

Pas besoin de sortir de chez vous ou de quitter votre travail.

### Il est disponible 24h/24, 7j/7.

Vous pouvez joindre un médecin à tout moment, généralement dans un délai de 24 heures (selon la langue choisie).

### Ce service est abordable

Cela représente une alternative aux consultations en cabinet médical ou en clinique, sans franchise ni participation aux coûts et sans limite du nombre des consultations.



Cliquez ci-dessous pour la télécharger gratuitement



Téléchargez l'application gratuitement sur votre appareil mobile dès aujourd'hui et profitez de tous ses avantages.

# Votre généraliste 24h/24, 7j/7 disponible via l'application Cigna Wellbeing®

Des soins de santé adaptés à votre vie

- L'accès aux soins, à tout moment et n'importe où.
- Parlez à un médecin et faites-vous livrer vos médicaments prescrits\*

**85 %** de nos assurés recommandent ce service\*\*

**76 %** des assurés ont évité un arrêt de travail\*\*

## Vous êtes confortablement assis ?

Inutile de bouger – réservez et assistez à votre rendez-vous, où que vous soyez.

## Nous parlons votre langue ?

Service disponible dans plus de 30 langues.

## Les meilleures choses dans la vie sont toujours gratuites...

Aucune franchise ne s'applique aux consultations Telehealth via notre application Cigna Wellbeing®.

## Pourquoi utiliser Telehealth ?

- Accédez à des médecins expérimentés
- Des consultations n'importe où
- Moins d'attente

\* Si vous êtes couvert par l'option internationale Soins ambulatoires, les ordonnances seront prises en charge par cette prestation. Dans le cas contraire, les médicaments prescrits et la livraison seront payants. La disponibilité des livraisons peut varier selon le lieu.

\*\* Statistiques fournies par notre partenaire Teladoc sur plus de 150 000 consultations de patients auprès de Cigna Wellbeing, Cigna International, Cigna Employees, Cigna Global Health Complete, Cigna GIH et Legacy Cigna UK dans le nombre total de cas depuis novembre 2015 jusqu'en octobre 2025.

"Cigna Healthcare" est une marque de service déposée de Cigna Intellectual Property, Inc. Son utilisation est autorisée en vertu d'une licence concédée par The Cigna Group et ses filiales opérationnelles. Tous les produits et services sont fournis par ou via de telles filiales, et non par The Cigna Group. Ces filiales incluent Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. et Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2024 Cigna Healthcare

GIH240754 A4 Teledoc Flyer FR I2/2025



Proposé par  
**Teladoc**<sup>™</sup>  
HEALTH

# Gestion de votre santé

## Évaluations médicales

L'évaluation des risques pour la santé vous permet de produire votre propre rapport personnalisé, en toute confidentialité. Cette vision à 360° de votre santé vous permettra de découvrir :

- **Votre score santé**
- **Vos habitudes positives**
- **Les domaines nécessitant une amélioration**
- **Les éventuels domaines présentant des risques**

Les évaluations ciblées vont plus loin pour évaluer si vous mangez correctement, si vous faites suffisamment d'exercice, si vous dormez bien et si vous faites face au stress.

## Gestion des maladies chroniques

Ce programme, dirigé par nos infirmiers hautement qualifiés, vous aidera à prendre le contrôle de votre maladie chronique, y compris, sans toutefois s'y limiter :

- **Le diabète**
- **Hypertension**
- **Les problèmes cardiaques**

Veillez compléter l'Évaluation du bien-être et indiquez-nous si vous souhaitez être recontacté.

# Modification des comportements

## Suivi de données biométriques

L'application Cigna Wellbeing® vous permet de suivre en continu :

- **Sommeil**
- **Taille/poids**
- **Glycémie**
- **Tension artérielle**

### Bon à savoir

Vous pouvez accéder aux évaluations et suivre vos chiffres clés de la santé sur [l'application Cigna Wellbeing®](#).

## Programmes santé et coaching

Découvrez des articles, des programmes de coaching en ligne et des vidéos qui vous aideront à adopter une meilleure hygiène de vie.

- **Style de vie**
- **Recettes saines**
- **Santé générale**
- **Activité physique**
- **Alimentation/poids**
- **Stress**



# Assurance santé Internationale

Nos régimes d'assurance comprennent 3 niveaux de couverture distincts : Silver, Gold et Platinum.

L'assurance santé internationale constitue la couverture maladie indispensable pour les frais d'hospitalisation, les frais de soins de jour et les frais de séjour, ainsi que pour les soins en oncologie, psychiatrie et bien d'autres spécialités.

Conformément à nos définitions figurant dans le document Règles applicables à la police d'assurance :

- **Hospitalisation** signifie que le patient est admis à l'hôpital et occupe un lit pendant une nuit ou plus, pour des raisons médicales. Un exemple d'hospitalisation est la chirurgie après une crise cardiaque où le patient se rétablira à l'hôpital pendant la nuit.
- **Soins de jour** signifie que le patient est admis dans un hôpital, une unité de soins de jour ou un autre établissement médical pour un traitement ou parce qu'il a besoin d'une période de convalescence médicalement supervisée, mais n'occupe pas de lit pendant la nuit. Un exemple de traitement de jour serait de se rendre à l'hôpital pour une chimiothérapie dans le cadre d'un traitement du cancer ou de subir une endoscopie dans le cadre d'un test diagnostique.
- Un patient est dit **en soins ambulatoires** lorsqu'il est traité dans un hôpital, un cabinet de consultation ou une clinique externe pour des soins mineurs, sans toutefois être admis pour des soins de jour, être hospitalisé ou occuper un lit. Un exemple de soins ambulatoires serait de vous rendre dans une clinique ambulatoire pour faire retirer un grain de beauté, où vous n'êtes pas tenu d'être hospitalisé et ne nécessitez pas d'anesthésie générale pour l'intervention.

Certaines garanties (traitement complet contre le cancer, imagerie médicale avancée et soins de santé mentale) incluses dans l'assurance médicale internationale couvrent les soins prodigués dans le cadre d'une hospitalisation, en soins de jour et en soins ambulatoires. Pour toutes les autres garanties, vous devrez ajouter le module d'option internationale Soins ambulatoires afin d'être couvert pour les soins ambulatoires, comme indiqué dans les descriptions des garanties.

Il est important de noter qu'une **autorisation préalable** est requise pour tous les traitements administrés dans le cadre d'une hospitalisation d'une ou plusieurs journées. Veuillez vous référer à la [page 9](#) pour obtenir des informations complémentaires concernant l'autorisation préalable et à la [page 2](#) pour obtenir nos coordonnées. Pour toutes les exclusions générales, veuillez vous référer au document des Règles applicables à la police d'assurance qui se trouve dans votre espace client.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Prestation maximale annuelle - par bénéficiaire et par période de couverture</b>			
Cela inclut les remboursements versés au titre de toutes les garanties de l'assurance santé internationale.	1.000.000 \$ 800.000 € 650.000 £	2.000.000 \$ 1.600.000 € 1.300.000 £	Règlement intégral

	Silver	Gold	Platinum
<b>Frais d'hospitalisation</b>			
Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par bénéficiaire et par période de couverture. <b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b>	Remboursement intégral Chambre individuelle	Remboursement intégral Chambre individuelle	Remboursement intégral Chambre individuelle
<ul style="list-style-type: none"><li>• Frais de soins infirmiers et de séjour pour une hospitalisation et des soins de jour, ainsi que pour la salle de réveil</li><li>• Salle d'opération</li><li>• Médicaments et pansements prescrits dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins de jour uniquement</li><li>• Pathologie, radiologie et tests de diagnostic (sauf imagerie médicale avancée). L'imagerie médicale avancée est couverte par une garantie spécifique)</li><li>• Soins intensifs : traitement intensif, soins coronariens et unité de soins pour malades hautement dépendants</li><li>• Honoraires de chirurgiens et d'anesthésistes</li><li>• Honoraires de consultation de spécialistes dans le cadre d'une hospitalisation et de soins de jour</li><li>• Soins dentaires d'urgence dispensés dans le cadre d'une hospitalisation.</li></ul> <p>Nous collaborerons avec vous et avec votre praticien pour veiller à ce que vous receviez les soins et traitements médicaux appropriés dans un établissement médical adapté.</p> <p><b>Remarque importante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nous prenons en charge les soins ambulatoires liés au cancer, à la santé mentale et aux IRM. Tout autre soin ambulatoire ne sera pris en charge que si le bénéficiaire est couvert par l'option internationale Soins ambulatoires.</li></ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<p><b>Hébergement à l'hôpital d'un parent ou tuteur</b></p> <p>Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b></p>	<p>1.000 \$ 740 € 665 £</p>	<p>2.000 \$ 1.480 € 1.330 £</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<p>Si un bénéficiaire de moins de 18 ans a besoin d'être hospitalisé et doit passer la nuit à l'hôpital, nous prenons également en charge l'hébergement d'un parent ou tuteur légal à l'hôpital, si un hébergement est possible dans le même hôpital pour un coût raisonnable.</p> <p>Nous prenons en charge les frais d'hébergement à l'hôpital pour un parent ou un tuteur légal uniquement si les soins médicaux que le bénéficiaire reçoit pendant son séjour à l'hôpital sont couverts par sa police d'assurance.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p><b>Pandémies, épidémies et maladies infectieuses</b></p> <p>Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b></p>	<p>Remboursement intégral</p>	<p>Remboursement intégral</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<p>Nous prendrons en charge les traitements médicalement nécessaires de maladies résultants d'une pandémie, d'une épidémie ou de l'éclosion de maladies infectieuses, telles que définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).</p> <p>Les traitements médicalement nécessaires et les maladies associées seront pris en charge sur la base d'une hospitalisation d'une ou plusieurs journées. Nous ne prendrons en charge les traitements ambulatoires que si le bénéficiaire est couvert par l'option internationale Soins ambulatoires.</p> <p><b>Remarque importante :</b></p> <p>Les tests médicalement nécessaires effectués en ambulatoire (à domicile ou dans un centre de diagnostic, par exemple) en cas de pandémie, d'épidémie ou de flambée de maladie infectieuse ne seront couverts que par la garantie pathologie, radiologie et examens diagnostiques incluse dans le module d'option internationale Soins ambulatoires. Ces examens diagnostiques ambulatoires, recommandés sur la base des directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), seront couverts de la même manière que les diagnostics pour d'autres maladies.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p><b>Indemnité journalière d'hospitalisation</b></p> <p>Par nuit jusqu'à 30 jours par bénéficiaire et par période de couverture.</p>	<p>100 \$ 75 € 65 £</p>	<p>150 \$ 120 € 95 £</p>	<p>200 \$ 150 € 130 £</p>
<p>Nous verserons directement un montant en espèces à un bénéficiaire qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>est soigné dans un hôpital couvert par cette assurance ;</li> <li>est hospitalisé pour une nuit ;</li> <li>si l'hôpital ne facture aucun frais de séjour ni frais de soins médicaux au bénéficiaire, à une compagnie d'assurance et/ou à une administration et/ou à une autorité locale ou gouvernementale applicable ; et</li> <li>peut fournir la preuve du traitement, comme un compte-rendu médical.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Soins au service des urgences</b>			
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	500 \$ 370 € 335 £	1.000 \$ 740 € 665 £	2.000 \$ 1.600 € 1.300 £

Nous prenons en charge les soins médicaux d'urgence en ambulatoire reçus au service des urgences d'un hôpital, suite à un accident, une maladie soudaine et/ou l'exposition à un danger, et lorsque le bénéficiaire ne passe pas la nuit à l'hôpital pour des raisons médicales.

**Remarques importantes :**

- Si vous avez sélectionné l'option internationale Soins ambulatoires ; cette garantie et les limites sont épuisées avant que la garantie internationale Soins ambulatoires ne puisse être mise en jeu.
- Aucune franchise ou participation aux coûts que vous auriez pu sélectionner dans le cadre de l'Assurance santé internationale de base et de l'option internationale Soins ambulatoires ne s'appliquera à cette garantie pour aucune des trois couvertures.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Services de transplantation</b>			
Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par bénéficiaire et par période de couverture. <b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral

Nous prenons en charge les frais d'hospitalisation et les frais de soins de jour directement liés à une transplantation d'organe chez un bénéficiaire, si cette transplantation est médicalement nécessaire et que l'organe à transplanter provient d'un donneur légitime et vérifié. Nous prenons également en charge les médicaments antirejet administrés après une transplantation.

Si un bénéficiaire a besoin d'une transplantation d'organe (que le donneur soit ou non couvert par la police), nous prenons en charge :

- le prélèvement de l'organe ou de la moelle épinière ;
- tous les tests ou procédures de compatibilité médicalement nécessaires ;
- les frais d'hospitalisation du donneur ; et
- tous les frais engagés si le donneur subit des complications, pendant une période de 30 jours après son opération.

	Silver	Gold	Platinum
<b>Dialyses rénales</b>			
Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par bénéficiaire et par période de couverture. <b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral

- Les traitements de dialyse rénale seront couverts à condition que ces traitements soient disponibles dans le pays de résidence habituel du bénéficiaire. Nous prendrons en charge ces traitements sur la base d'une hospitalisation, d'une ou plusieurs journées, ou de soins ambulatoires.
- Nous prenons en charge le traitement par dialyse rénale en dehors du pays de résidence habituel du bénéficiaire si le pays où ce traitement est administré se situe dans la zone de couverture sélectionnée par le bénéficiaire. Nous paierons pour cela sur une base patient. Les frais de déplacement et d'hébergement engagés dans le cadre de ce traitement ne sont pas pris en charge.

	Silver	Gold Mis à jour	Platinum
<b>Imagerie médicale avancée (IRM, tomodensitométries et PET scans)</b>			
Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture. <b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable pour tous les traitements administrés dans le cadre d'une hospitalisation, d'une ou plusieurs journées et de soins ambulatoires.</b>	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	30.000 \$ 22.200 € 19.200 £	Remboursement intégral

Nous prenons en charge l'imagerie médicale avancée dans la mesure où elle est recommandée par un professionnel de santé dans le cadre de soins ambulatoires ou d'une hospitalisation d'une ou plusieurs journées.

**Remarque importante :**

Cette garantie est soumise à toute franchise ou participation aux coûts que vous auriez pu choisir dans la couverture de base de l'Assurance santé internationale pour tout traitement d'imagerie médicale avancée, y compris les IRM, tomodensitométries et PET scans réalisés en soins ambulatoires.

## Rééducation

Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.

**Cette prestation nécessite une autorisation préalable.**

Silver	Gold	Platinum
5.000 \$ 3.700 € 3.325 £ Jusqu'à 30 jours	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £ Jusqu'à 60 jours	Remboursement intégral Jusqu'à 90 jours

Nous prenons en charge les soins médicaux de rééducation, y compris la physiothérapie, la rééducation professionnelle, les traitements cardiaques, pulmonaires, cognitifs et orthophoniques. Cette prestation ne couvre pas les traitements liés à la santé mentale, qui seront pris en charge par la prestation relative aux soins de santé mentale et comportementale.

Nous ne prenons en charge que les traitements de réadaptation administrés immédiatement après une intervention chirurgicale et/ou un traumatisme. Si le traitement de rééducation est nécessaire dans un centre de rééducation résidentiel, nous prendrons en charge les frais d'hébergement et de repas, sous réserve de nécessité médicale et conformément aux frais raisonnables et habituellement pratiqués du lieu où le traitement est dispensé.

Pour déterminer si le plafond journalier a été atteint, nous comptabilisons chaque nuitée au cours de laquelle un bénéficiaire est hospitalisé et/ou reçoit des soins de jour comme une journée.

### Remarque importante :

Nous approuvons les séances de rééducation uniquement si le spécialiste traitant nous fournit un rapport, expliquant la durée de séjour du bénéficiaire à l'hôpital, le diagnostic et les soins médicaux que le bénéficiaire a reçus, ou doit recevoir.

La rééducation est une thérapie physique, d'orthophonie et d'ergothérapie visant à ramener le bénéficiaire à son état de santé antérieur après un événement.

## Soins à domicile

Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.

**Cette prestation nécessite une autorisation préalable.**

Silver	Gold	Platinum
2.500 \$ 1.850 € 1.650 £ Jusqu'à 30 jours	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £ Jusqu'à 60 jours	Remboursement intégral Jusqu'à 120 jours

Nous ne prenons en charge les soins à domicile que s'ils sont administrés au domicile du bénéficiaire par un infirmier qualifié et incluent des soins médicalement nécessaires qui seraient normalement dispensés à l'hôpital. Nous ne prenons pas en charge les soins à domicile qui ne sont pas des soins médicaux ou qui visent à apporter une aide personnelle.

Nous prenons en charge les soins à domicile administrés à un bénéficiaire dans la mesure où :

- ils sont recommandés par un spécialiste suite à une hospitalisation ou des soins de jour couverts par cette police ;
- ils commencent immédiatement après la sortie du bénéficiaire de l'hôpital ; et
- ils réduisent la durée du séjour du bénéficiaire à l'hôpital.

## Acupuncture et médecine chinoise

Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.

**Cette prestation nécessite une autorisation préalable.**

Silver	Gold	Platinum
1.500 \$ 1.100 € 1.000 £	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	Remboursement intégral

Nous prenons en charge l'acupuncture et la médecine chinoise uniquement si ce n'est pas le traitement principal que le bénéficiaire doit recevoir à l'hôpital.

L'acupuncteur ou le praticien en médecine chinoise doit être un praticien qualifié, titulaire de la licence appropriée pour exercer dans le pays où le traitement est dispensé.

<b>Soins palliatifs</b>	Silver	Gold	Platinum
<p>Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b></p>	<p>35.000 \$ 25.900 € 23.275 £</p>	<p>60.000 \$ 44.400 € 38.400 £</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<p>Nous prenons en charge les soins palliatifs uniquement si un bénéficiaire est diagnostiqué en phase terminale, que son espérance de vie est de moins de six mois et qu'il n'existe aucun traitement efficace pour son rétablissement.</p> <p>Nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soins à domicile ;</li> <li>• Les soins dispensés dans le cadre d'une hospitalisation d'une ou plusieurs journées ou les soins palliatifs et l'hébergement ;</li> <li>• médicaments prescrits ; et</li> <li>• soins physiques et psychologiques.</li> </ul>			

<b>Prothèses</b>	Silver	Gold	Platinum
<p>Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b></p>	<p>Remboursement intégral</p>	<p>Remboursement intégral</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<p>Nous prenons en charge les prothèses internes et externes nécessaires dans le cadre d'un traitement administré au bénéficiaire, dans la limite des plafonds mentionnés ci-après.</p> <p>Nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une prothèse nécessaire dans le cadre du traitement suivant immédiatement une intervention chirurgicale aussi longtemps que cela est médicalement nécessaire et/ou dans le cadre du processus de récupération à court terme ;</li> <li>• une prothèse externe initiale (mais pas de dispositif de remplacement) pour les bénéficiaires âgés d'au moins 18 ans, par période de couverture.</li> </ul> <p>Nous prenons en charge une prothèse externe initiale et jusqu'à deux prothèses de remplacement pour les bénéficiaires de 17 ans et moins, pour chaque période de couverture.</p> <p>Si un bénéficiaire a besoin d'une prothèse de remplacement pendant la période de couverture, nous exigerons un rapport médical approprié.</p> <p><b>Remarque importante :</b></p> <p>Un dispositif prothétique est un membre ou un outil artificiel qui est nécessaire aux fins de la chirurgie ou en rapport avec celle-ci ; ou qui est une partie nécessaire du traitement immédiatement après la chirurgie aussi longtemps que la nécessité médicale l'exige ; ou qui est médicalement nécessaire et fait partie du processus de récupération à court terme.</p>			

<b>Services d'ambulance locaux et aériens</b>	Silver	Gold	Platinum
<p>Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b></p>	<p>Remboursement intégral</p>	<p>Remboursement intégral</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<p>Si cela est médicalement nécessaire et lié à une pathologie couverte, nous prenons en charge une ambulance locale ou aérienne pour transporter un bénéficiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• entre le lieu de l'accident ou de la blessure et un hôpital ;</li> <li>• d'un hôpital à un autre ; ou</li> <li>• de leur domicile à un hôpital et d'un hôpital au domicile après la sortie.</li> </ul> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nous ne paierons une ambulance aérienne locale que lorsque cela est approprié, comme un hélicoptère, pour transporter un bénéficiaire vers le centre d'excellence médicale le plus proche (accessible par route/ambulance dans le même pays) lorsque cela est médicalement approprié.</li> <li>• La présente police d'assurance ne prévoit pas la prise en charge des services de secours en montagne.</li> <li>• L'ambulance routière ou aérienne est uniquement destinée aux déplacements à l'intérieur d'un même pays. Tout transfert médical transfrontalier sera couvert par l'option Évacuation sanitaire.</li> <li>• La couverture pour une évacuation sanitaire ou un rapatriement sanitaire n'est disponible que si vous avez souscrit l'option International Medical Evacuation. Pour plus d'informations sur cette option, consultez la <a href="#">page 42</a>.</li> </ul>			

<b>Santé mentale et comportementale</b>	Silver	Gold	Platinum
<p>Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable pour tous les traitements administrés dans le cadre d'une hospitalisation, d'une ou plusieurs journées. Pour les soins ambulatoires, aucune autorisation préalable n'est requise.</b></p>	<p><b>5.000 \$</b> <b>3.700 €</b> <b>3.325 £</b></p> <p><b>Jusqu'à 30 jours*</b> (hospitalisation et soins de jour)</p>	<p><b>10.000 \$</b> <b>7.400 €</b> <b>6.650 £</b></p> <p><b>Jusqu'à 60 jours*</b> (hospitalisation et soins de jour)</p>	<p><b>Remboursement intégral</b></p> <p><b>Jusqu'à 90 jours*</b> (hospitalisation et soins de jour)</p>

- Nous prenons en charge :
- Les traitements basés sur des observations factuelles, médicalement nécessaires et recommandés par un professionnel de santé. [Veuillez consulter les Questions fréquemment posées pour plus d'informations.](#)
- Les traitements dispensés dans le cadre d'une hospitalisation, de soins de jour ou de soins ambulatoires par un psychologue et/ou un psychiatre habilité à exercer en vertu des lois du pays concerné. Cela comprend les services ambulatoires de santé mentale pour la dysphorie de genre.
- Le diagnostic des addictions (y compris l'alcoolisme).

#### Traitement des addictions

- Nous prendrons en charge une cure ou un programme de traitement des addictions dans un centre spécialisé fournissant un traitement fondé sur des preuves, si ce traitement est médicalement nécessaire et recommandé par un médecin, dans la limite du plafond applicable à la prestation.
- Nous prendrons en charge jusqu'à trois tentatives de désintoxication, après quoi les nouveaux traitements de désintoxication ne seront pris en charge que si le bénéficiaire suit une cure ou un programme officiel(le) de traitement des addictions en ambulatoire.
- Nous ne prendrons en charge aucun autre traitement lié à l'alcoolisme ou à une addiction; ni aucun traitement lié à une affection connexe (par exemple, la dépression, la démence ou l'insuffisance hépatique) ; lorsque nous estimons raisonnablement que l'affection nécessitant un traitement était le résultat direct de l'alcoolisme ou de l'addiction.

#### Autisme et trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Nous prenons en charge :

- Les frais de soins médicaux, en ce compris les consultations de médecins et de pédiatres liées à l'autisme et à l'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH), en ambulatoire uniquement, dans la mesure où il s'agit de soins médicalement nécessaires, basés sur des observations factuelles.
- Tests d'évaluation et de diagnostic en cas de symptômes d'autisme et de trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).
- La thérapie comportementale lorsqu'elle est médicalement nécessaire, conformément aux soins fondés sur des observations factuelles.

Nous ne prenons pas en charge :

- Les interventions à visée éducative, l'orthophonie et les dispositifs visant à traiter les troubles de la parole.
- Remèdes ou médicaments prescrits à un patient ambulatoire pour une quelconque de ces affections, sauf si vous avez souscrit l'option internationale Soins ambulatoires.

\*Le plafond journalier ne s'applique qu'aux hospitalisations et soins de jour.

#### Remarque importante :

**Cette garantie est soumise à toute franchise ou participation aux coûts que vous pourriez avoir choisie dans la couverture de base de l'Assurance santé internationale pour les soins de santé mentale et comportementale, y compris les traitements de santé mentale dispensés en ambulatoire.**

<b>Traitement de l'obésité</b>	Silver	Gold	Platinum
<p>Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Disponible après 24 mois de couverture du bénéficiaire.</b></p> <p><b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b></p>	<p><b>Aucune prise en charge</b></p>	<p><b>Remboursement à 70 % jusqu'à : 20.000 \$</b> <b>14.800 €</b> <b>13.300 £</b></p>	<p><b>Remboursement à 80 % jusqu'à : 25.000 \$</b> <b>18.500 €</b> <b>16.500 £</b></p>

Nous prenons en charge la chirurgie de l'obésité pour les bénéficiaires de plus de 18 ans dans les cas où il est clairement démontré que toutes les autres méthodes d'amaigrissement, en ce compris, sans toutefois s'y limiter, les cours d'amaigrissement, les programmes de nutrition, les aides et les médicaments, ont été employées au cours des 24 derniers mois. Veuillez noter que nous ne couvrons pas les frais liés aux cures d'amaigrissement, programmes nutritionnels, aides-minceur et médicaments amincissants avant ou après l'opération.

#### Remarques importantes :

- Le bénéficiaire doit avoir un indice de masse corporelle (IMC) de 40 ou plus et avoir été diagnostiqué comme souffrant d'obésité morbide.
- Le bénéficiaire peut fournir des documents justificatifs d'autres méthodes de perte de poids qui ont été tentées au cours des 24 derniers mois.
- Le bénéficiaire a subi une évaluation psychologique qui a confirmé que cette procédure était adaptée à sa situation.

<b>Chirurgie de prévention du cancer</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture. <b>Disponible à partir de 12 mois de couverture du bénéficiaire.</b> <b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b>	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	18.000 \$ 13.300 € 12.000 £	20.000 \$ 14.800 € 13.300 £
<p>Nous prenons en charge la chirurgie préventive lorsqu'il y a dans la famille du bénéficiaire des antécédents d'une maladie relevant d'un syndrome de cancer héréditaire (tel qu'un cancer des ovaires), et que celui-ci s'est soumis à un test génétique attestant de l'existence d'un tel syndrome.</p> <p>Nous ne prenons en charge le test génétique que si le bénéficiaire est couvert au titre de l'option internationale Soins ambulatoires.</p>			

<b>Traitement complet du cancer</b>	<b>Silver</b> Mis à jour	<b>Gold</b> Mis à jour	<b>Platinum</b> Mis à jour
Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par bénéficiaire et par période de couverture. <b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable pour tous les traitements administrés dans le cadre d'une hospitalisation, d'une ou plusieurs journées et de soins ambulatoires.</b>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<p>À la suite du diagnostic d'un cancer, nous prendrons en charge le traitement de ce cancer, dans la mesure où nous estimons que ce traitement constitue un traitement actif, fondé sur des observations factuelles. Sont inclus la chimiothérapie, la radiothérapie et toute chirurgie nécessaire (y compris la chirurgie reconstructrice), les examens diagnostiques et les médicaments, que le bénéficiaire séjourne à l'hôpital ou reçoive des soins de jour ou des soins ambulatoires. Pour plus d'informations sur ce qui est inclus dans notre prestation Traitement complet du cancer, veuillez consulter la <a href="#">page 29</a>.</p> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nous ne prenons en charge le test génétique que si le bénéficiaire est couvert au titre de l'option internationale Soins ambulatoires.</li> <li>Tous les soins ambulatoires, y compris les médicaments prescrits, liés aux soins anti-cancéreux sont couverts par cette garantie incluse dans la couverture de base de votre Assurance santé internationale, à la place de toute éventuelle garantie Soins ambulatoires incluse dans le module d'option internationale Soins ambulatoires.</li> </ul>			

<b>Dispositifs liés au cancer</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Dans la limite du plafond global présenté, par bénéficiaire, par durée vie et par dispositif lié au cancer. <b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b>	125 \$ 100 € 85 £	250 \$ 185 € 165 £	\$ 500 370 € 335 £
<p>Si un bénéficiaire se voit diagnostiquer un cancer, nous prendrons en charge l'achat de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perruques / bandeaux pour patients atteints de cancer</li> <li>Soutiens-gorge post-mastectomie pour patientes atteintes de cancer</li> </ul>			

<b>Troubles congénitaux</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture. <b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b>	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	20.000 \$ 14.800 € 13.300 £	50.000 \$ 40.000 € 33.000 £
<p>Nous prenons en charge le traitement des <b>troubles congénitaux</b>, dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins de jour, qui sont apparus avant le 18<sup>e</sup> anniversaire du bénéficiaire, quel que soit l'âge du bénéficiaire au moment du traitement.</p> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <p>Tout traitement pour une affection congénitale administré dans les 90 premiers jours de vie du bénéficiaire sera pris en charge par les Traitements destinés aux nouveau-nés. Tout traitement administré après ces 90 jours, à condition qu'un diagnostic ait été établi avant le 18<sup>e</sup> anniversaire du bénéficiaire, sera couvert par cette prestation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si une maladie congénitale est diagnostiquée après le 18<sup>e</sup> anniversaire du bénéficiaire, le traitement sera couvert par les garanties hospitalisation et soins de jour, et non par cette garantie spécifique.</li> </ul>			

Garantie hospitalisation d'urgence hors zone de couverture	Silver	Gold	Platinum
<p>Pour les bénéficiaires qui n'ont pas de couverture Monde entier, États-Unis compris.</p> <p>Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b></p>	<p><b>100.000 \$</b>  <b>75.000 €</b>  <b>65.000 £</b></p> <p>(hospitalisation et soins de jour)</p>	<p><b>250.000 \$</b>  <b>200.000 €</b>  <b>162.500 £</b></p> <p>(hospitalisation et soins de jour)</p>	<p><b>Remboursement intégral</b></p> <p>(hospitalisation et soins de jour)</p>

Soins médicaux d'urgence, dans le cadre d'une hospitalisation et de soins de jour, au cours de déplacements professionnels ou privés de courte durée à l'extérieur de votre zone de couverture.

#### Remarques importantes :

Le bénéficiaire ne doit pas avoir reçu de soins médicaux, avoir présenté des symptômes ni consulté en lien avec cet état de santé nécessitant des soins médicaux d'urgence avant de commencer le voyage.

La couverture est limitée à :

- une durée maximale de 21 jours de traitement par voyage ; et
- un total de 60 jours de traitement maximum par période de couverture, tous voyages confondus.
- Les bénéficiaires sont aussi couverts pour les soins ambulatoires d'urgence uniquement si l'option internationale Soins ambulatoires a été souscrite dans le cadre de votre police hors zone de couverture. La couverture est soumise au plafond de garantie annuel global et aux plafonds de garantie individuels applicables à l'option internationale Soins ambulatoires. Veuillez noter que cette couverture s'ajoute à la couverture des hospitalisations d'urgence hors zone de couverture (pour les hospitalisations et les soins de jour), décrite dans la présente garantie.
- Les frais relatifs à la maternité, la grossesse, l'accouchement ou toutes les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement sont exclus de cette Garantie hospitalisation d'urgence hors zone de couverture.
- Cette garantie ne s'applique pas si vous avez sélectionné l'option Monde entier, États-Unis compris.
- Nous exigeons des justificatifs de votre entrée et sortie des États-Unis.
- Cette option n'est pas disponible si votre pays de résidence habituel est les États-Unis.
- Le fait d'obtenir un traitement médical ne doit pas être l'un des objectifs du séjour.
- Les soins médicaux d'urgence ne sont applicables que si vous ne pouvez pas bénéficier du régime public d'assurance maladie de ce pays.

**« Traitement d'urgence » désigne tout traitement médicalement nécessaire pour éviter les effets immédiats et significatifs d'une maladie, d'une blessure ou d'une situation qui, si elle n'est pas traitée, pourrait entraîner une dégradation conséquente de l'état de santé du patient. Nous ne prenons en charge que les soins médicaux dispensés par un médecin, un professionnel de santé ou un hôpital qui débutent dans les 24 heures suivant l'urgence, ou dès que cela est raisonnablement possible.**

## Télémédecine internationale (Global Telehealth)

Global Telehealth avec Teladoc	Silver	Gold	Platinum
Dans la limite du plafond global présenté, par bénéficiaire et par période de couverture.	<b>Nombre de consultations illimité</b>	<b>Nombre de consultations illimité</b>	<b>Nombre de consultations illimité</b>

Pour tout problème de santé non urgent, vous pouvez accéder à un nombre illimité de consultations par téléphone ou visioconférence, par le biais de l'application Cigna Wellbeing® ou après avoir été orienté par notre équipe du service clients. Sont inclus, sans toutefois s'y limiter :

- Un diagnostic pour les problèmes de santé non urgents, des troubles aigus aux maladies chroniques complexes
- Le traitement de symptômes tels que la fièvre, les éruptions cutanées ou les douleurs
- Des soins pédiatriques non urgents
- Une aide à la préparation d'une consultation à venir
- La possibilité de discuter d'un traitement médicamenteux et des éventuels effets indésirables
- Des ordonnances pour les problèmes de santé courants, lorsque cela s'avère médicalement nécessaire et dans la mesure où la loi l'autorise

#### Remarques importantes

- Vous pouvez accéder au service Télémédecine internationale via l'application Cigna Wellbeing®. [Vous trouverez en page 14 des informations qui vous aideront à télécharger l'application et à vous inscrire.](#) Sur l'écran d'accueil de l'application, cliquez sur l'icône « Get Care » et sélectionnez « Global Telehealth ». Une fois que vous avez accepté les conditions générales et la politique de confidentialité, sélectionnez « Schedule Consultation » et réservez votre consultation en sélectionnant « phone consultation » ou « video consultation », puis suivez les étapes.
- Lorsque vous demandez à être rappelé plus tard (« Request a call for later »), un médecin vous rappelle généralement le jour même, en fonction des disponibilités linguistiques. Si vous demandez une consultation vidéo, vous pouvez choisir le jour et l'heure qui vous conviennent. Nous vous recommandons d'ouvrir l'application 10 minutes avant l'heure prévue.
- La prescription de médicaments est uniquement possible lorsque le médecin dispose des autorisations nécessaires dans l'État ou le pays dans lequel la police d'assurance a été souscrite. Vous devez avoir souscrit le module d'option internationale Soins ambulatoires pour bénéficier d'une couverture au titre de la garantie Médicaments et pansements prescrits en ambulatoire.
- Si vous avez sélectionné une franchise ou une participation aux coûts pour les soins ambulatoires, vous devrez vous acquitter du montant correspondant lorsque des médicaments vous sont prescrits.

## Soins parentaux et pédiatriques

	Silver	Gold	Platinum
<p><b>Soins de maternité courants</b> (contrats Gold et Platinum uniquement)</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Prise en charge lorsque la mère est couverte par la police depuis 12 mois ou plus.* (24 mois ou plus à Singapour, Hong Kong et au Royaume-Uni)</b></p> <p><b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b></p>	Aucune prise en charge	7.000 \$ 5.500 € 4.500 £	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £

Nous prenons en charge les soins médicaux suivants, dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins de jour, selon l'option la plus appropriée, si la mère est couverte par la police depuis au moins 12 mois consécutifs\* :

- honoraires d'hôpital, d'obstétricien et de sage-femme pour un accouchement normal ; et
- tous honoraires pour les soins postnatals nécessaires à la mère immédiatement après un accouchement normal. Par « normal », nous entendons toute naissance pouvant être qualifiée de peu risquée, ne nécessitant pas d'intervention médicale spécialisée au-delà des soins standard.

Nous ne prenons pas en charge la gestation pour autrui ou tout traitement associé. Nous ne prenons pas en charge les soins ou traitements de maternité pour une bénéficiaire agissant en qualité de mère porteuse ni pour une personne agissant comme mère porteuse pour un bénéficiaire.

### Remarque importante :

\* Pour les traitements administrés au Royaume-Uni, à Hong Kong ou Singapour, cette prestation n'est disponible que si la mère a été couverte par la présente police pour une période ininterrompue d'au moins 24 mois.

	Silver	Gold	Platinum
<p><b>Complications de la maternité</b> (contrats Gold et Platinum uniquement)</p> <p>Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Prise en charge lorsque la mère est couverte par la police depuis 12 mois ou plus.* (24 mois ou plus à Singapour, Hong Kong et au Royaume-Uni)</b></p> <p><b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable pour tous les traitements administrés dans le cadre d'une hospitalisation, d'une ou plusieurs journées et de soins ambulatoires.</b></p>	Aucune prise en charge	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £	28.000 \$ 22.000 € 18.000 £

Nous prenons en charge les soins ambulatoires ou les hospitalisations du(e)s à des complications de l'accouchement si la mère est couverte par la police depuis au moins 12 mois consécutifs.\*

Cette partie de la police ne prévoit pas la couverture des naissances à domicile.

- Nous prenons en charge une naissance par césarienne lorsque celle-ci est médicalement nécessaire. Si nous ne pouvons pas vérifier que celle-ci était médicalement nécessaire, nous prenons en charge uniquement les frais jusqu'à la limite de la garantie des soins de maternité courants.

Nous ne prenons pas en charge la gestation pour autrui ou tout traitement associé. Nous ne prenons pas en charge les soins ou traitements de maternité pour une bénéficiaire agissant en qualité de mère porteuse ni pour une personne agissant comme mère porteuse pour un bénéficiaire.

### Remarque importante :

\* Pour les traitements administrés au Royaume-Uni, à Hong Kong ou Singapour, cette prestation n'est disponible que si la mère a été couverte par la présente police pour une période ininterrompue d'au moins 24 mois.

À noter : il n'est pas possible de cumuler les prestations au titre des soins de maternité de routine et des complications liées à la maternité au cours d'une même grossesse.

<b>Accouchements à domicile</b> (contrats Gold et Platinum uniquement)	Silver	Gold	Platinum
<p>Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Prise en charge lorsque la mère est couverte par la police depuis 12 mois ou plus.* (24 mois ou plus à Singapour, Hong Kong et au Royaume-Uni)</b></p> <p><b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b></p>	<p>Aucune prise en charge</p>	<p>500 \$ 370 € 335 £</p>	<p>1.100 \$ 850 € 700 £</p>
<p>Nous prenons en charge les honoraires de sage-femme et de spécialistes en rapport avec des naissances normales à domicile si la mère est couverte par la police depuis au moins 12 mois consécutifs.*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veuillez noter que les Complications de la couverture des soins de maternité expliquées ci-dessus n'incluent pas la couverture des accouchements à domicile. Cela signifie que tous frais en rapport avec des complications survenant dans le cadre d'une naissance au domicile ne seront réglés que conformément aux limites de l'accouchement à domicile, comme expliquées dans la liste des garanties.</li> </ul> <p><b>Remarque importante :</b></p> <p>* Pour les traitements administrés au Royaume-Uni, à Hong Kong ou Singapour, cette prestation n'est disponible que si la mère a été couverte par la présente police pour une période ininterrompue d'au moins 24 mois.</p>			

<b>Traitements destinés aux nouveau-nés</b>	Silver	Gold	Platinum
<p>Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par période de couverture, au cours des 90 premiers jours suivant la naissance.</p> <p><b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b></p>	<p>25.000 \$ 18.500 € 16.500 £</p>	<p>75.000 \$ 55.500 € 48.000 £</p>	<p>156.000 \$ 122.000 € 100.000 £</p>
<p>Pour que des soins ou traitements puissent être prodigués à un nouveau-né, celui-ci doit d'abord être ajouté à la police, ce qui entraîne une prime supplémentaire, à côté du preneur d'assurance. Veuillez noter que les traitements encourus avant l'ajout du nouveau-né à la police d'assurance ne seront pas rétroactifs et que cette prestation sera versée par la police d'assurance du nouveau-né et non d'un autre bénéficiaire. Vous trouverez ci-dessous les critères d'admissibilité pour l'ajout d'un nouveau-né.</p> <p>Une fois que le nouveau-né a soit ajouté à la police, nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jusqu'à 10 jours de soins courants pour le nouveau-né après la naissance ; et</li> <li>• tous les traitements hospitaliers et de jour soins médicaux nécessaires pour le nouveau-né au cours des 90 premiers jours suivant la naissance, à la place de toute autre prestation d'hospitalisation ou de traitement de jour.</li> </ul> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <p>Ajout du nouveau-né à la police :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si au moins un (1) des parents est couvert par la police depuis au moins douze (12) mois* consécutifs avant la naissance du nouveau-né, nous ne demanderons aucun renseignement sur sa santé, ni aucun examen médical si nous recevons la souscription pour l'ajout du nouveau-né à la police dans les trente (30) jours suivant la date de naissance du nouveau-né. Cependant, si nous recevons une souscription plus de trente (30) jours après la date de naissance du nouveau-né, le nouveau-né fera l'objet d'une appréciation du risque médical.</li> <li>• Si aucun parent n'est couvert par la police depuis au moins douze (12) mois* consécutifs avant la naissance du nouveau-né, celui-ci fera l'objet d'une appréciation du risque médical et vous pourrez soumettre une souscription pour ajouter le nouveau-né. Si une appréciation du risque médical est nécessaire pour le nouveau-né, nous vous dirons alors si nous pouvons assurer le nouveau-né et, le cas échéant, quelles sont toutes les conditions ou exclusions spécifiques qui s'appliquent. La couverture prendra effet au plus tôt à la date de votre acceptation des conditions proposées.</li> <li>• Les enfants nés d'une mère porteuse ou adoptés peuvent être couverts au titre de cette prestation. Ils seront toutefois soumis à une évaluation des risques médicaux, quelle que soit la durée pendant laquelle l'un ou l'autre de leurs parents a été couvert par la présente police. Suite à l'examen d'un questionnaire de santé, nous vous indiquerons si nous acceptons de prendre en charge le nouveau-né et, dans l'affirmative, nous vous préciserons les éventuelles conditions particulières et exclusions applicables. La couverture prendra effet au plus tôt à la date de votre acceptation des conditions proposées.</li> </ul> <p>Tout traitement nécessaire pour des <b>troubles congénitaux</b> chez un nouveau-né est couvert par cette garantie pendant les 90 premiers jours suivant la naissance, conformément aux conditions de la présente garantie. Si les <b>troubles congénitaux</b> sont diagnostiqués après les 90 premiers jours de vie du nouveau-né, tout traitement lié à ces <b>troubles congénitaux</b> sera couvert par la garantie « Troubles congénitaux », telle que décrite à la <a href="#">page 23</a>, et est soumis aux conditions d'ajout du nouveau-né à la police, telles qu'elles sont détaillées ci-dessus.</p> <p>*Pour les naissances au Royaume-Uni, à Hong Kong ou Singapour, cette prestation n'est disponible que si l'un ou l'autre des parents a été couvert par la présente police pour une période ininterrompue d'au moins 24 mois.</p>			

<b>Assistance à la procréation avec Carrot (Plan Platinum uniquement)</b> <b>Pour plus d'informations sur Carrot, veuillez consulter la <a href="#">page 28</a></b>	Silver	Gold	Platinum <span style="background-color: #ff6600; color: white; padding: 2px;">Nouveau</span>
	Non couvert	Non couvert	Remboursement intégral

**Carrot offre un soutien et des conseils dans un large éventail de domaines :**

- Procréation médicalement assistée, examens et préservation
- FIV et procréation assistée
- Adoption et maternité de substitution
- Grossesse, post-partum et parentalité
- Ménopause et taux de testostérone bas
- Planification du retour au travail
- Consultations individuelles de télésanté avec des experts et séances de groupe

**Remarques importantes :**

Carrot n'est pas disponible dans certains pays. Consultez le site pour connaître la zone de couverture actuelle.

Pas de délai d'attente – l'accès est immédiat dès l'inscription.

Les personnes à charge âgées de moins de 18 ans ne sont pas admissibles.

Carrot ne fournit aucun traitement clinique ou médicamenteux. Il s'agit uniquement de proposer un soutien, de la pédagogie et des conseils d'experts.

La plateforme Carrot est disponible en +25 langues et est accessible via une application mobile ou sur ordinateur.

## Vos options de franchise et de participation aux coûts

<p><b>Franchise</b></p> <p>La franchise correspond au montant dont vous devez vous acquitter avant que l'assurance ne commence à vous rembourser.</p>	<table border="0"> <tr><td><b>0 \$</b></td><td><b>0 €</b></td><td><b>0 £</b></td></tr> <tr><td><b>375 \$</b></td><td><b>275 €</b></td><td><b>250 £</b></td></tr> <tr><td><b>750 \$</b></td><td><b>550 €</b></td><td><b>500 £</b></td></tr> <tr><td><b>1.500 \$</b></td><td><b>1.100 €</b></td><td><b>1.000 £</b></td></tr> <tr><td><b>3.000 \$</b></td><td><b>2.200 €</b></td><td><b>2.000 £</b></td></tr> <tr><td><b>7.500 \$</b></td><td><b>5.500 €</b></td><td><b>5.000 £</b></td></tr> <tr><td><b>10.000 \$</b></td><td><b>7.400 €</b></td><td><b>6.650 £</b></td></tr> </table>	<b>0 \$</b>	<b>0 €</b>	<b>0 £</b>	<b>375 \$</b>	<b>275 €</b>	<b>250 £</b>	<b>750 \$</b>	<b>550 €</b>	<b>500 £</b>	<b>1.500 \$</b>	<b>1.100 €</b>	<b>1.000 £</b>	<b>3.000 \$</b>	<b>2.200 €</b>	<b>2.000 £</b>	<b>7.500 \$</b>	<b>5.500 €</b>	<b>5.000 £</b>	<b>10.000 \$</b>	<b>7.400 €</b>	<b>6.650 £</b>
<b>0 \$</b>	<b>0 €</b>	<b>0 £</b>																				
<b>375 \$</b>	<b>275 €</b>	<b>250 £</b>																				
<b>750 \$</b>	<b>550 €</b>	<b>500 £</b>																				
<b>1.500 \$</b>	<b>1.100 €</b>	<b>1.000 £</b>																				
<b>3.000 \$</b>	<b>2.200 €</b>	<b>2.000 £</b>																				
<b>7.500 \$</b>	<b>5.500 €</b>	<b>5.000 £</b>																				
<b>10.000 \$</b>	<b>7.400 €</b>	<b>6.650 £</b>																				
<p><b>Participation aux coûts après franchise</b></p> <p>La participation aux coûts correspond au pourcentage de chaque demande de remboursement qui n'est pas pris en charge par votre assurance.</p>	<p><b>Veillez commencer par choisir votre pourcentage de participation aux coûts :</b>  <b>0 % / 10 % / 20 % / 30 %</b></p>																					
<p><b>Participation maximale (annuelle) aux frais</b></p> <p>Le plafond des dépenses non remboursées correspond au montant maximum de participation aux coûts dont vous devez vous acquitter pour toute période de couverture.</p> <p>Le montant de la participation aux coûts est calculé après l'application de la franchise. Seuls les montants que vous payez du fait de votre participation aux coûts sont pris en compte pour le calcul du plafond des dépenses non remboursées.</p>	<p><b>Choisissez ensuite votre plafond de dépenses non remboursées :</b></p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <b>2.000 \$</b>  <b>1.480 €</b>  <b>1.330 £</b> </td> <td style="vertical-align: middle; padding: 0 10px;"><b>ou</b></td> <td style="vertical-align: top;"> <b>5.000 \$</b>  <b>3.700 €</b>  <b>3.325 £</b> </td> </tr> </table>	<b>2.000 \$</b> <b>1.480 €</b> <b>1.330 £</b>	<b>ou</b>	<b>5.000 \$</b> <b>3.700 €</b> <b>3.325 £</b>																		
<b>2.000 \$</b> <b>1.480 €</b> <b>1.330 £</b>	<b>ou</b>	<b>5.000 \$</b> <b>3.700 €</b> <b>3.325 £</b>																				

# Assistance à la procréation avec Carrot

Les grandes étapes de la vie méritent l'aide d'experts.

Que vous envisagiez de fonder une famille, que vous soyez en phase de ménopause ou que vous repreniez le travail après un congé parental, le partenariat de Cigna Healthcare avec Carrot Fertility garantit un accompagnement fiable à chaque étape.

Cette prestation est exclusivement disponible pour nos assurés Platinum.

## Ce que vous propose Carrot

Un soutien adapté à un large éventail d'étapes de la vie et de besoins :

- ✓ Procréation médicalement assistée, examens et préservation
- ✓ FIV et procréation assistée
- ✓ Adoption et maternité de substitution
- ✓ Grossesse, post-partum et parentalité
- ✓ Ménopause et taux de testostérone bas
- ✓ Planification du retour au travail

## Premiers pas

Consultez le site Internet ici

Créez votre compte personnel à l'aide de votre nom et de votre date de naissance.

Vous pouvez également ajouter votre partenaire/ conjoint(e) pendant ou après l'inscription.

## Témoignages



Rebecca, membre Platinum en Europe, a utilisé Carrot pour prendre en mains son parcours de ménopause.



Elle a commencé par consulter les ressources de la Carrot Academy sur la périménopause et la ménopause, puis a pris contact avec une conseillère Carrot dédiée afin d'élaborer un plan personnalisé.



Des échanges avec des experts dans sa langue de prédilection aux séances virtuelles sur la gestion des symptômes au travail, Rebecca a bénéficié d'un soutien à chaque étape.



Son programme Carrot comprenait des articles personnalisés et des séances de groupe, et elle continue d'avoir accès à des discussions illimitées avec des experts tout au long de son parcours.



Proposé par  
**CARROT**

# Traitement complet du cancer

En cas de diagnostic de cancer, soyez assurés que nous ferons tout notre possible pour vous soutenir, vous et votre famille, durant cette période difficile. Tout ce qui est inclus dans notre programme de traitement complet du cancer est entièrement pris en charge, vous n'avez donc pas à vous soucier de quelconques limites.

## Inclus dans tous les régimes d'assurance :

### Traitement du cancer

Suite à un diagnostic de cancer, nous prenons en charge l'intégralité des frais de tout traitement, y compris la chimiothérapie, la radiothérapie, les examens diagnostiques et les médicaments, que ce soit en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour ou en ambulatoire.

### Gestionnaire de dossier et coordinateur de soins spécialisé en oncologie

Recevoir un diagnostic de cancer peut s'accompagner de nombreuses émotions difficiles et de nombreuses questions, et c'est là que votre gestionnaire de dossier attitré peut vous soutenir tout au long de votre parcours. Votre coordinateur de soins sera disponible pour vous aider à trouver un professionnel de santé adapté à vos besoins et à prendre rendez-vous.

### Conseils aux patients et à leurs familles

Nous comprenons qu'un diagnostic de cancer ne vous affecte pas seulement vous, mais aussi votre famille – c'est pourquoi nous souhaitons vous offrir notre soutien, à vous et à vos proches, grâce à notre service de consultation.

### Diététicien spécialisé en cancérologie

Vous bénéficierez du soutien d'un diététicien spécialisé en oncologie qui pourra vous aider à comprendre quels aliments nourrissent votre corps, lui apportent ce dont il a besoin et combattent l'inflammation.

### Chirurgie reconstructrice

Nous prendrons en charge les frais de chirurgie reconstructrice, par exemple après une mastectomie.

### Chirurgie robotique

Nous prendrons en charge les frais de chirurgie robotique, lorsqu'il aura été démontré que ces interventions chirurgicales améliorent les résultats pour les patients par rapport aux méthodes chirurgicales conventionnelles.

## Couverture supplémentaire avec les régimes d'assurance de niveau supérieur :

### Chimiothérapie à domicile

Accédez à la chimiothérapie dans le confort de votre foyer. Désormais disponible pour les assurés Gold et Platinum.

### Conseils de procréation médicalement assistée

Nous savons que certains diagnostics et traitements contre le cancer peuvent avoir un impact sur la fertilité, et c'est là que notre partenariat avec Carrot, un service d'aide à la procréation, peut vous apporter des conseils. Réservé aux assurés Platinum.



## Autre soutien face au cancer

### Dispositifs liés au cancer

Par exemple, une perruque, un bandeau ou un soutien-gorge de mastectomie.

### Chirurgie de prévention du cancer

Si la présence d'un syndrome de cancer héréditaire est confirmée, nous prendrons en charge la chirurgie préventive (un délai de carence de 12 mois s'applique).

### Cryoconservation

Dans le cas où votre traitement pourrait avoir un impact sur votre fertilité future, nous proposons également la cryoconservation, selon la nécessité médicale, à nos assurés Platinum.

### Dépistages préventifs

Pour les membres ayant suivi le module Option internationale Santé et bien-être, nous proposons des dépistages préventifs du cancer à des fréquences supérieures aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé.

**Vous trouverez sur les pages suivantes la description des éventuelles prestations optionnelles que vous avez ajoutées à votre couverture de base Assurance santé Internationale.**



**Consultez votre attestation d'assurance pour vérifier de quelle couverture vous bénéficiez exactement.**

## Option internationale Soins ambulatoires

### Module facultatif

Le module d'option internationale Soins ambulatoires offre une couverture plus large des soins ambulatoires lorsqu'une admission à l'hôpital pour des soins de jour ou une hospitalisation n'est pas nécessaire, y compris les consultations chez des spécialistes, les médicaments et pansements prescrits dans le cadre de soins ambulatoires, la rééducation, les tests génétiques pour le cancer, et bien plus encore.

D'après notre définition, un patient qui bénéficie de soins ambulatoires est un patient qui fréquente un hôpital, un cabinet de consultation ou une clinique externe pour un traitement, mais qui n'est pas admis pour des soins de jour ou une hospitalisation et qui n'occupe pas de lit.

**Vous n'avez pas besoin d'autorisation préalable pour la plupart des prestations du module d'option internationale Soins ambulatoires. Toutefois, une autorisation préalable est requise pour les prestations ambulatoires suivantes :**

- Tests génétiques
- Bilan d'infertilité et traitement
- Traitement en physiothérapie, chiropraxie et ostéopathie au-delà de 10 séances (remarque : une autorisation préalable n'est pas nécessaire pour les 10 premières séances prescrites par un médecin).

Pour tout autre traitement couvert par le module d'option internationale Soins ambulatoires, vous n'avez pas besoin de nous contacter pour obtenir une autorisation préalable.

**Si vous n'obtenez pas l'autorisation préalable requise de notre part, le traitement des demandes d'indemnisation pourrait être retardé et nous réduirons le montant que nous paierons pour ce traitement de 20 %.**

<b>Prestation maximale annuelle - par bénéficiaire et par période de couverture</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Ceci comprend les remboursements effectués au titre de toutes les garanties de l'option internationale Services ambulatoires.	15.000 \$ 12.000 € 9.650 £	35.000 \$ 25.900 € 23.275 £	Remboursement intégral

<b>Consultations et soins ambulatoires avec les médecins praticiens et spécialistes</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	7.500 \$ 6.000 € 4.825 £	Remboursement intégral

- Nous prenons en charge les consultations, les consultations virtuelles par téléphone ou vidéo, avec des praticiens qui sont nécessaires pour diagnostiquer une maladie, ou pour organiser un traitement.
- Nous prenons en charge le traitement non chirurgical sur une base ambulatoire, recommandé par un spécialiste comme étant médicalement nécessaire.

#### Remarques importantes :

- Les frais liés aux consultations virtuelles ne devraient pas excéder le coût d'une consultation équivalente réalisée en face à face. Les frais jugés excessifs, déraisonnables ou inhabituels ne seront pas pris en charge ou seront partiellement remboursés.
- Les consultations virtuelles ne sont possibles que si elles sont disponibles et médicalement appropriées.

	Silver	Gold	Platinum
<p><b>Médicaments et pansements sur ordonnance</b></p> <p>Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p>	<p>1.500 \$ 1.100 € 1.000 £</p>	<p>4.500 \$ 3.300 € 3.000 £</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<p>Nous prenons en charge les médicaments et pansements prescrits par un professionnel de santé en ambulatoire. Veuillez noter que si l'ordonnance dépasse trois (3) mois d'approvisionnement ou si le traitement nécessite plus de trois (3) mois de prescription continue, une autorisation préalable sera requise.</p> <p><b>Remarque importante :</b> Les médicaments prescrits par un médecin aux États-Unis et/ou délivrés par une pharmacie aux États-Unis sont soumis à notre liste répertoriant les médicaments délivrés sur ordonnance.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p><b>Pathologie, radiologie et tests de diagnostic (sauf Imagerie médicale avancée)</b></p> <p>Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p>	<p>2.500 \$ 1.850 € 1.650 £</p>	<p>5.000 \$ 3.700 € 3.325 £</p>	<p>Remboursement intégral</p>
<p>Nous prendrons en charge les tests suivants s'ils sont médicalement justifiés et recommandés par un spécialiste comme faisant partie d'un traitement d'un bénéficiaire en ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les analyses de sang et d'urine ;</li> <li>• les radiographies ;</li> <li>• les échographies ;</li> <li>• les électrocardiogrammes (ECG) ; et</li> <li>• autres examens diagnostiques (hors imagerie médicale avancée).</li> </ul> <p><b>Remarque importante :</b> Au titre de cette prestation, nous prendrons en charge les tests médicalement nécessaires réalisés en ambulatoire dans le cadre d'une pandémie ou de l'écllosion de maladies infectieuses, selon les directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces examens diagnostiques ambulatoires ne sont pas couverts par la garantie de soins ambulatoires Pandémies, épidémies et maladies infectieuses.</p>			

<b>Rééducation ambulatoire</b>	Silver	Gold	Platinum
<p>Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.*</b></p>	<p>5.000 \$ 3.700 € 3.325 £</p>	<p>15.000 \$ 12.000 € 9.650 £</p>	<p><b>Remboursement intégral</b></p>
<p>Nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• physiothérapie en ambulatoire ;</li> <li>• ergothérapie ambulatoire ;</li> <li>• ostéopathie et chiropraxie ;</li> <li>• orthophonie ; et</li> <li>• La réadaptation cardiaque et pulmonaire.</li> </ul> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <p><b>Physiothérapie, ostéopathie et chiropraxie en ambulatoire :</b></p> <p>Nous prenons en charge ce traitement s'il est médicalement nécessaire et analeptique pour vous aider à effectuer vos activités normales de la vie quotidienne. Le traitement doit être administré par un professionnel de santé qualifié et dûment habilité à exercer dans le pays dans lequel le traitement est administré. Sont exclus tous les traitements liés à la médecine du sport.</p> <p>* Une autorisation préalable de notre part sera requise après les 10 premières séances pour poursuivre ces traitements ambulatoires. La nécessité médicale de ces traitements sera examinée par notre équipe clinique.</p> <p><b>Orthophonie</b></p> <p>Nous prenons en charge l'orthophonie reconstructive si elle est nécessaire immédiatement après un traitement couvert par cette police d'assurance (par exemple dans le cadre du suivi du bénéficiaire après un AVC) et confirmée par un spécialiste comme étant médicalement nécessaire à court terme.</p> <p>La rééducation est une thérapie physique, d'orthophonie et d'ergothérapie visant à ramener le bénéficiaire à son état de santé antérieur après un événement.</p>			

<b>Soins pré- et postnatals (contrats Gold et Platinum uniquement)</b>	Silver	Gold	Platinum
<p>Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Prise en charge lorsque la mère est couverte par la police depuis 12 mois ou plus.* (24 mois ou plus à Singapour, Hong Kong et au Royaume-Uni)</b></p>	<p><b>Aucune prise en charge</b></p>	<p>3.500 \$ 2.750 € 2.250 £</p>	<p>7.000 \$ 5.500 € 4.500 £</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nous prendrons en charge les soins pré- et postnatals médicalement justifiés sur une base ambulatoire si la mère a été assurée par l'option internationale Soins ambulatoires pendant une période ininterrompue de 12 mois ou plus.*</li> <li>• Exemples de soins et examens prénatals : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les honoraires courants d'obstétriciens et sages-femmes ;</li> <li>• tous les examens et échographies prévus ;</li> <li>• les remèdes, médicaments et pansements prescrits ;</li> <li>• les examens sanguins prénataux courants, si nécessaire ;</li> <li>• l'amniocentèse (ou analyse du liquide amniotique) ou prélèvement de villosités choriales (ou PVC) ; et</li> <li>• des tests prénatals non invasifs pour des personnes à risque.</li> </ul> </li> <li>• Soins postnatals : <ul style="list-style-type: none"> <li>• tous les frais, y compris les médicaments et pansements prescrits, liés à des soins postnatals nécessaires à la mère immédiatement après un accouchement normal.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Remarque importante :</b></p> <p>* Pour les traitements administrés à Hong Kong ou Singapour ou le Royaume-Uni, cette prestation n'est disponible que si la mère a été couverte par la présente police pour une période ininterrompue d'au moins 24 mois.</p>			

<b>Bilan d'infertilité et traitement</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par bénéficiaire et par période contractuelle. <b>Disponible après 24 mois de couverture du bénéficiaire.</b> <b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b>	<b>Aucune prise en charge</b>	<b>Aucune prise en charge</b>	<b>10.000 \$ 7.400 € 6.650 £</b>

Nous prenons en charge les examens visant à déterminer la cause d'une infertilité si un spécialiste a écarté toute cause médicale, et dans la mesure où le bénéficiaire n'était pas informé de l'existence de tout problème d'infertilité et ne présentait aucun symptôme lors de la prise d'effet de la présente police d'assurance.

Si nécessaire, nous prenons en charge au maximum 4 tentatives de procréation médicalement assistée dans la limite du plafond global présenté, par durée de vie de la police. Cette prestation s'applique aux bénéficiaires âgés de 41 ans et moins.

**Remarques importantes :**

- Une autorisation préalable est requise pour tout bilan d'infertilité et traitement de l'infertilité. Si vous n'obtenez pas l'autorisation préalable requise de notre part, le traitement des demandes d'indemnisation pourrait être retardé et nous réduirons le montant que nous paierons pour ce traitement de 20 %.
- Nous ne prenons pas en charge les examens visant à déterminer la cause d'une infertilité ou les traitements destinés à toute personne agissant à titre de mère porteuse pour un bénéficiaire.

<b>La thérapie génique</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	<b>500 \$ 370 € 335 £</b>	<b>1.000 \$ 740 € 665 £</b>	<b>1.500 \$ 1.100 € 1.000 £</b>

Nous prenons en charge les traitements hormonaux substitutifs médicalement nécessaires pour traiter les symptômes de la ménopause, d'un faible niveau de testostérone et de la dysphorie de genre.

<b>Apnée du sommeil</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	<b>Aucune prise en charge</b>	<b>1.500 \$ 1.100 € 1.000 £</b>	<b>2.000 \$ 1.480 € 1.330 £</b>

Sur recommandation de votre praticien, nous prenons en charge une étude du sommeil ou des tests de sommeil à domicile pour déterminer si vous souffrez d'apnée du sommeil.

S'il a été déterminé qu'un bénéficiaire souffre d'apnée du sommeil, nous prenons en charge la location d'une machine de pression positive continue ou d'autres dispositifs oraux appropriés.

Lorsqu'un bénéficiaire a été couvert par cette option pendant une période d'au moins douze (12) mois consécutifs et s'il lui est impossible de louer une machine de pression positive continue, nous prenons en charge, si cela s'avère médicalement nécessaire, l'achat d'une telle machine dans la limite du plafond global applicable à cette prestation au titre de l'assurance sélectionnée.

Si elle s'avère médicalement appropriée, nous prenons en charge la chirurgie.

<b>Tests génétiques</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Jusqu'à la limite totale indiquée pour la couverture que vous avez sélectionnée, par bénéficiaire et par période contractuelle. <b>Disponible après 12 mois de couverture du bénéficiaire.</b> <b>Cette prestation nécessite une autorisation préalable.</b>	<b>1.000 \$ 740 € 665 £</b>	<b>2.000 \$ 1.480 € 1.330 £</b>	<b>4.000 \$ 2.950 € 2.650 £</b>

Nous prenons en charge les tests génétiques pour les bénéficiaires présentant un risque accru de maladies telles que le cancer, la fibrose kystique, la maladie de Gaucher et le syndrome de Rett si cela est médicalement nécessaire et fondé sur des preuves médicales.

**Remarque importante :**

- Une autorisation préalable est requise pour tous les tests génétiques. Si vous n'obtenez pas l'autorisation préalable requise de notre part, le traitement des demandes d'indemnisation pourrait être retardé et nous réduirons le montant que nous paierons pour ce traitement de 20 %.
- La liste des conditions ci-dessus n'est fournie qu'à titre d'exemple. Les tests génétiques se limiteront aux tests de dépistage des affections héréditaires et multifactorielles, lorsque cela est médicalement nécessaire et dans le cadre des recommandations cliniques de Cigna Healthcare.

<p><b>Acupuncture et médecine chinoise</b></p> <p>Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p>	<p>Silver</p> <p>2.500 \$ 1.850 € 1.650 £</p>	<p>Gold</p> <p>5.000 \$ 3.700 € 3.325 £</p>	<p>Platinum</p> <p>Remboursement intégral</p>
<p>Nous prenons en charge un total maximum combiné de 15 consultations avec des acupuncteurs et praticiens en médecine chinoise, si ces traitements sont recommandés par un praticien. Ces séances doivent être administrées par un praticien qualifié et dûment habilité à exercer dans le pays dans lequel le traitement est administré.</p>			
<p><b>Équipement médical durable</b></p> <p>Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par bénéficiaire et par période de couverture.</p>	<p>Silver</p> <p>Remboursement intégral</p>	<p>Gold</p> <p>Remboursement intégral</p>	<p>Platinum</p> <p>Remboursement intégral</p>
<p>Nous prenons en charge l'utilisation d'équipement médical durable recommandée par un spécialiste à l'appui du traitement du bénéficiaire qui est couvert par ce contrat.</p> <p>Nous prenons en charge un seul type d'équipement médical par période de couverture, et ce, sous réserve qu'il s'agisse d'un équipement qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• non jetable, et pouvant être utilisé plus d'une fois;</li> <li>• qui sert un objectif médical ;</li> <li>• qui peut être utilisé au domicile ; et</li> <li>• est habituellement uniquement utilisé par une personne souffrant des effets d'une maladie ou d'une blessure.</li> </ul>			
<p><b>Appareils de correction auditive</b></p> <p>Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p>	<p>Silver</p> <p>500 \$ 370 € 335 £</p>	<p>Gold</p> <p>Mis à jour</p> <p>5.000 \$ 3.700 € 3.325 £</p>	<p>Platinum</p> <p>Mis à jour</p> <p>Remboursement intégral</p>
<p>Nous prenons en charge un appareil de correction auditive par période de couverture, dans la mesure où il s'agit d'un appareil médicalement nécessaire qui a été prescrit pour aider le bénéficiaire au quotidien.</p> <p>La prestation couvre uniquement l'achat d'un appareil de correction auditive original. Les appareils de remplacement ne sont pas pris en charge durant la même période de couverture en cas de détérioration ou de perte de l'appareil d'origine.</p>			
<p><b>Vaccins pour adultes</b></p> <p>Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p>	<p>Silver</p> <p>250 \$ 185 € 165 £</p>	<p>Gold</p> <p>Remboursement intégral</p>	<p>Platinum</p> <p>Remboursement intégral</p>
<p>Nous prenons en charge certains vaccins et immunisations cliniquement appropriés.</p>			
<p><b>Soins dentaires suite à un accident</b></p> <p>Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p>	<p>Silver</p> <p>1.000 \$ 740 € 665 £</p>	<p>Gold</p> <p>Remboursement intégral</p>	<p>Platinum</p> <p>Remboursement intégral</p>
<p>Si un bénéficiaire doit obtenir des soins dentaires à la suite de blessures subies dans le cadre d'un accident, nous prendrons en charge les soins dentaires ambulatoires administrés à toute dent naturelle saine endommagée ou affectée lors de l'accident, sous réserve que le traitement débute immédiatement après l'accident et soit terminé dans un délai de 30 jours à compter de la date de l'accident.</p> <p>Pour pouvoir approuver ce traitement, nous devons obtenir la confirmation par le dentiste traitant du bénéficiaire des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la date de l'accident ; et</li> <li>• le fait que la ou les dents concernées par le traitement proposé sont des dents naturelles saines.</li> </ul> <p>Nous prendrons en charge ce traitement à la place de tout autre traitement dentaire auquel le bénéficiaire peut prétendre au titre de la présente police d'assurance, lorsqu'un traitement doit être administré à la suite de dommages causés par un accident à une ou des dents naturelles.</p> <p>Nous ne prendrons pas en charge la réparation ou la fourniture d'implants dentaires, de couronnes ou de prothèses amovibles au titre de cette partie de la police d'assurance.</p>			

Pédiatrie	Silver	Gold	Platinum
Jusqu'au plafond de garantie annuel global pour votre assurance, par bénéficiaire et par période de couverture.	<b>Remboursement intégral</b>	<b>Remboursement intégral</b>	<b>Remboursement intégral</b>
<p>Nous couvrirons les frais de santé liés au bien-être des enfants et des adolescents <a href="#">à intervalles d'âge appropriés</a>, dispensés par un praticien concernant les soins préventifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>examen de l'historique médical ;</li> <li>examens physiques ;</li> <li>évaluation du développement ;</li> <li>conseils préventifs ; et</li> <li>immunisations et vaccins appropriés et analyses de laboratoire appropriés.</li> </ul> <p><b>Remarques importantes :</b>            Les consultations chez un psychiatre ou un psychologue sont couvertes par la garantie Santé mentale et thérapies comportementales dans le cadre de l'Assurance santé internationale.            En outre, nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>un examen d'entrée à l'école, pour évaluer la croissance, l'ouïe et la vision, pour chaque enfant à sa première rentrée scolaire ;</li> <li>un dépistage de rétinopathie diabétique pour les enfants souffrant de diabète.</li> </ul>			

## Gestion des maladies préexistantes

Soins des maladies préexistantes 60+	Silver	Gold <span style="background-color: #008000; color: white; border-radius: 5px; padding: 2px;">Mis à jour</span>	Platinum <span style="background-color: #008000; color: white; border-radius: 5px; padding: 2px;">Mis à jour</span>
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	<b>500 \$ 370 € 335 £</b>	<b>1.500 \$ 1.100 € 1.000 £</b>	<b>3.000 \$ 2.220 € 2.000 £</b>
<p>Si un bénéficiaire est âgé de 60 ans ou plus, ou atteindra l'âge de 60 ans pendant la période de couverture et souffre de l'une des maladies suivantes, comme indiqué dans son questionnaire de santé (et que cette maladie apparaît comme une exclusion spéciale sur votre attestation d'assurance), nous prenons en charge les frais de soins ambulatoires médicalement nécessaires liés au traitement de cette maladie : hypertension, diabète de type 2, glaucome, arthrose, douleurs articulaires ou dorsales, ostéoporose/ostéopénie, migraine, hypercholestérolémie, asthme, allergies, athérosclérose/artériosclérose, maladie coronarienne</p> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si, à la souscription, vous avez choisi de couvrir l'une des maladies ci-dessus moyennant un supplément de prime, de sorte que la maladie est couverte complètement en cas d'hospitalisation et de soins ambulatoires (si l'option internationale Soins ambulatoires a été sélectionnée), cette garantie ne s'appliquera pas.</li> <li>Exemples de soins et examens médicalement nécessaires : consultations chez des praticiens, médicaments et pansements prescrits, pathologie et radiologie, rééducation ambulatoire, acupuncture et médecine chinoise. Veuillez noter que cette garantie exclut l'imagerie médicale avancée.</li> <li>Vous êtes couvert pour la/les maladie(s) (mais pas pour les maladies, les symptômes ou les complications découlant de ces maladies) sur une base ambulatoire, jusqu'aux plafonds indiqués par période de couverture.</li> <li>La garantie est soumise à l'éventuelle participation aux coûts ou franchise que vous avez choisie dans votre police.</li> </ul>			

Soins des maladies préexistantes 40-59	Silver	Gold	Platinum <span style="background-color: #ff4500; color: white; border-radius: 5px; padding: 2px;">Nouveau</span>
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	<b>Aucune prise en charge</b>	<b>Aucune prise en charge</b>	<b>2.000 \$ 1.480 € 1.330 £</b>
<p>Si un bénéficiaire Platinum est âgé de 40 à 59 ans et souffre de l'une des maladies suivantes, comme indiqué dans son questionnaire de santé (et que cette maladie apparaît comme une exclusion spéciale sur votre attestation d'assurance), nous prenons en charge les frais de soins ambulatoires médicalement nécessaires liés au traitement de cette maladie : hypertension, diabète de type 2, glaucome, arthrose, douleurs articulaires ou dorsales, ostéoporose/ostéopénie, migraine, hypercholestérolémie, asthme, allergies, athérosclérose/artériosclérose, maladie coronarienne</p> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si, à la souscription, vous avez choisi de couvrir l'une des maladies ci-dessus moyennant un supplément de prime, de sorte que la maladie est couverte complètement en cas d'hospitalisation et de soins ambulatoires (si l'option internationale Soins ambulatoires a été sélectionnée), cette garantie ne s'appliquera pas.</li> <li>Exemples de soins et examens médicalement nécessaires : consultations chez des praticiens, médicaments et pansements prescrits, pathologie et radiologie, rééducation ambulatoire, acupuncture et médecine chinoise. Veuillez noter que cette garantie exclut l'imagerie médicale avancée.</li> <li>Vous êtes couvert pour la/les maladie(s) (mais pas pour les maladies, les symptômes ou les complications découlant de ces maladies) sur une base ambulatoire, jusqu'aux plafonds indiqués par période de couverture.</li> <li>La garantie est soumise à l'éventuelle participation aux coûts ou franchise que vous avez choisie dans votre police.</li> </ul>			

## Vos options de franchise et de participation aux coûts

### Franchise

La franchise correspond au montant dont vous devez vous acquitter avant que l'assurance ne commence à vous rembourser.

0 \$	0 €	0 £
150 \$	110 €	100 £
500 \$	370 €	335 £
1.000 \$	700 €	600 £
1.500 \$	1.100 €	1.000 £

### Participation aux coûts après franchise

La participation aux coûts correspond au pourcentage de chaque demande de remboursement qui n'est pas pris en charge par votre assurance.

**Veillez commencer par choisir votre pourcentage de participation aux coûts :**  
0 % / 10 % / 20 % / 30 %

### Participation maximale (annuelle) aux frais

Le plafond des dépenses non remboursées correspond au montant maximum de participation aux coûts dont vous devez vous acquitter pour toute période de couverture.

Le montant de la participation aux coûts est calculé après l'application de la franchise. Seuls les montants que vous payez du fait de votre participation aux coûts sont pris en compte pour le calcul du plafond des dépenses non remboursées.

**Choisissez ensuite votre participation maximale aux frais :**

3.000 \$  
2.200 €  
2.000 £

# Option internationale Santé et bien-être

## Module facultatif

Nous savons qu'une vie bien équilibrée et un bien-être global sont essentiels. **Les prestations énumérées ci-dessous sont réservées aux bénéficiaires âgés de 18 ans et plus.**

En outre, des critères d'âge spécifiques s'appliqueront aux différents dépistages du cancer.

### Remarque importante :

Tout examen de suivi ou dépistage supplémentaire requis en ambulatoire à la suite d'un résultat anormal sera couvert par la garantie Pathologie, radiologie et tests de diagnostic incluse dans l'option internationale Soins ambulatoires. Vous devez avoir souscrit l'option internationale Soins ambulatoires pour que ces examens diagnostiques supplémentaires soient pris en charge.

Examens physiques de routine pour adulte	Silver	Gold	Platinum
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	2.000 \$ 1.600 € 1.300 £

Nous prenons en charge les examens physiques de routine pour adulte pour les personnes de 18 ans ou plus. La garantie couvre, sans s'y limiter, les examens suivants :

- Prise de la taille et du poids
- Tour de taille
- Indice de masse corporelle (IMC)
- Pourcentage de graisse corporelle
- Tension artérielle
- Analyse d'urine
- Test de cholestérol
- Formule sanguine complète
- Physiologie et évaluation de l'équilibre
- Mesure de la résilience aux facteurs de stress

Pour les bénéficiaires admissibles d'une police Platinum, nous prenons notamment en charge les examens supplémentaires suivants :

- Profil biochimique complet, y compris les fonctions hépatiques et rénales
- Test de la fonction pulmonaire
- Évaluation de la colonne vertébrale
- Radiographie pulmonaire (si cliniquement indiquée)
- Test cardiovasculaire avancé (ECG ou test d'aptitude aérobie)
- Test du métabolisme corporel (taux métabolique au repos (RMR) et test VO2)
- Examens neurologiques

Soins des pieds administrés par un podologue	Silver	Gold	Platinum Mis à jour
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	325 \$ 250 € 220 £ jusqu'à 5 séances	650 \$ 500 € 440 £ jusqu'à 10 séances	2.000 \$ 1.600 € 1.300 £ jusqu'à 20 séances

Nous prenons en charge les traitements des hallux valgus, callosités, cors et mycoses s'ils sont médicalement nécessaires, à visée réparatrice, et administrés dans le but de vous aider à mener vos activités quotidiennes habituelles. Le traitement doit être administré par un podologue qualifié et dûment habilité à exercer dans le pays dans lequel le traitement est administré. Sont exclus tous les massages ou les traitements liés à la médecine du sport.

Dépistage du cancer du col de l'utérus	Silver Mis à jour	Gold Mis à jour	Platinum Mis à jour
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Remboursement intégral

Pour les bénéficiaires de sexe féminin à partir de l'âge de 25 ans, nous couvrons ce qui suit tous les ans :

- 1 test de Papanicolaou (frottis) ; et
- 1 test ADN HPV.

<b>Dépistage du cancer de la prostate</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Remboursement intégral
Pour les bénéficiaires de sexe masculin à partir de 50 ans, nous couvrons ce qui suit chaque année : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de la prostate</li> <li>• Test de dépistage du cancer de la prostate</li> </ul>			

<b>Dépistage du cancer du sein</b>	<b>Silver</b> Mis à jour	<b>Gold</b> Mis à jour	<b>Platinum</b> Mis à jour
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Remboursement intégral
Pour les bénéficiaires de sexe féminin à partir de l'âge de 40 ans, nous couvrons ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 consultation de sensibilisation et un examen clinique des seins (ECS) par an ;</li> <li>• 1 mammographie de dépistage tous les ans.</li> </ul> Pour les bénéficiaires de sexe féminin âgées de 25 à 39 ans, si elles ont des antécédents ou un risque accru de cancer du sein, nous couvrons les frais suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 mammographie de dépistage par an, lorsque cela est médicalement nécessaire.</li> </ul>			

<b>Dépistage du cancer des intestins</b>	<b>Silver</b> Mis à jour	<b>Gold</b> Mis à jour	<b>Platinum</b> Mis à jour
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Remboursement intégral
Pour les bénéficiaires de sexe féminin et masculin, à partir de l'âge de 45 ans, nous couvrons les frais suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) ou 1 test immunochimique fécal (TIF) par an ;</li> <li>• 1 coloscopie tous les 5 ans.</li> </ul>			

<b>Dépistage du cancer de la peau</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Remboursement intégral
Pour les bénéficiaires de sexe féminin et masculin, à partir de l'âge de 18 ans, nous couvrons les frais suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 test du cancer de la peau par an.</li> </ul>			

<b>Dépistage du cancer du poumon</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Remboursement intégral
Pour les bénéficiaires de sexe féminin et masculin, à partir de l'âge de 45 ans, nous couvrons les frais suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 test du cancer du poumon par an.</li> </ul>			

<b>Dépistage du diabète</b>	<b>Silver</b>	<b>Gold</b>	<b>Platinum</b>
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Remboursement intégral
Pour les bénéficiaires de sexe féminin et masculin, à partir de l'âge de 18 ans, nous couvrons les frais suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 test AIC ou test de glycémie à jeun par an.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Densitométrie osseuse</b>			
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Remboursement intégral
<p>Nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I scanner pour les femmes âgées de 65 ans ou plus ;</li> <li>• I scanner pour les femmes ménopausées de moins de 65 ans lorsque cela est médicalement nécessaire ; et</li> <li>• I scanner pour les hommes âgés de 50 ans ou plus lorsque cela est médicalement nécessaire.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<b>Consultations diététiques</b>			
Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	325 \$ 250 € 220 £	650 \$ 500 € 440 £	Remboursement intégral
<p>Nous couvrons la consultation initiale d'un diététicien, sans que celle-ci n'ait été recommandée, pour tout bénéficiaire souhaitant améliorer son bien-être général en modifiant notamment ses habitudes alimentaires et en prenant des mesures préventives.</p> <p>Nous fournissons une couverture supplémentaire, lorsque cela est médicalement nécessaire, pour un maximum de 4 consultations au total par période de couverture pour les bénéficiaires ayant besoin de conseils diététiques en rapport avec une maladie ou une affection diagnostiquée, telle que le diabète, le prédiabète ou des troubles de l'alimentation.</p>			

**Outre des bilans, tests et examens de santé, cette option vous donne accès, ainsi qu'à votre famille, à des services et une aide pour gérer votre santé et votre bien-être au quotidien.**

Vos services Bien-être, qui comprend les programmes d'assistance Gestion de vie, Coaching bien-être et Soutien à la santé mentale, est disponible pour vous aider, vous et les personnes à votre charge admissibles, à rester en bonne santé et à se sentir bien, tant physiquement que mentalement.

Ces services sont disponibles à tous les niveaux d'assurance, à condition que vous ayez souscrit au module d'option internationale Santé et Bien-être.

**Pour accéder à l'un des services Bien-être, veuillez nous contacter par l'un des canaux suivants :**



**Téléphone :** +1 984 810 5338 (ligne réservée aux assurés de Cigna Global Health Options). Vous pouvez composer ce numéro directement à partir de la rubrique « Santé mentale » de l'application Cigna Wellbeing®.)



**Messagerie instantanée :** accessible via le [site Internet](#). Pour vous connecter, veuillez saisir « assist » en tant que « company code ». Pour accéder à la messagerie instantanée, cliquez sur « LIVECONNECT » en haut de la page d'accueil.



**Demandez à être rappelé via l'application Cigna Wellbeing®.**

Ce service est fourni par notre prestataire de services de conseils privilégié.



## Programme d'assistance Gestion de vie

Silver	Gold	Platinum
Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral

Chez Cigna, nous considérons que votre corps et votre esprit sont tout aussi importants pour votre santé globale. Alors que la plupart des solutions de santé ne couvrent aujourd'hui que la santé physique, notre Programme d'aide à la gestion du quotidien est un service personnel et confidentiel qui vous est proposé ainsi qu'à votre famille pour identifier et résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés dans leur vie professionnelle et familiale quotidienne.

Tous les appels dans notre Programme d'aide à la gestion du quotidien sont traités 24h/24, 7j/7 et 365 jours par an. Vous pourrez accéder aux services et aux outils suivants :

### Soutien de courte durée :

- Jusqu'à 6 séances de conseils par téléphone, visioconférence ou en personne, par problème et par période de couverture. Les cas courants d'utilisation de ces services comprennent : la gestion de l'anxiété et de la dépression, le soutien aux relations familiales et de couple, le deuil et bien d'autres.

### Santé comportementale :

- Jusqu'à 6 séances avec un coach spécifiquement formé à la pratique de la pleine conscience pour chaque période de couverture. Bénéfiques pour les particuliers qui souffrent de stress et de problèmes de concentration.
- Vous avez accès à un programme de développement personnel en ligne basé sur des thérapies comportementales et cognitives (TCC) permettant de lutter contre l'anxiété légère à modérée, le stress et la dépression, ainsi qu'un accès illimité au programme pendant 6 mois.

### Soutien à la carrière et sur le lieu de travail :

- Des séances de coaching de vie par téléphone pour favoriser le développement personnel et l'évolution professionnelle.
- Des séances par téléphone avec un conseiller à l'intention des responsables afin de développer leurs compétences en matière de gestion du personnel.

### Besoins pratiques :

- Soutien téléphonique illimité, instantané, pour une aide en direct.
- Un service d'orientation vers des ressources soigneusement sélectionnées pour vous aider à faire face aux problèmes du quotidien, tels que les aspects logistiques liés à un déménagement, la garde des enfants ou des soins aux personnes âgées, les services juridiques ou financiers.

### Remarques importantes :

Ce service n'est pas adapté si vous :

- présentez un risque imminent de vous infliger des blessures ou d'en infliger à autrui ;
- souffrez d'une addiction, telle que l'abus d'alcool ou la consommation de drogues, ou le recours excessif aux jeux ou paris ;
- présentez des symptômes ou un diagnostic de troubles mentaux autres que l'anxiété ou la dépression, par exemple un trouble de la personnalité borderline.

## Coaching bien-être

Silver	Gold	Platinum
Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral

Tandis que vous jonglez entre les exigences de votre vie professionnelle et celles de votre vie privée, prendre soin de vous ne fait pas nécessairement partie de vos priorités. Vous avez peut-être envie d'un changement, mais sans savoir par où commencer. Notre Coaching bien-être vous donne tous les outils nécessaires pour adopter des habitudes plus saines et mettre en place des changements durables.

Nous vous attribuerons votre propre coach bien-être personnel qualifié, spécialement formé à l'instauration de changements qui affectent la santé. Votre coach travaillera en partenariat avec vous pour identifier un objectif spécifique de bien-être qui est important pour vous, comme :

- Gestion du poids
  - Alimentation saine
- Activité physique
- Sommeil
- Gestion du stress
- Arrêt du tabac

Vous bénéficierez de 6 séances de coaching confidentielles pour chaque domaine clé et chaque période de couverture. Votre coach vous fournira des conseils personnalisés et axés sur les objectifs, une éducation au bien-être, le développement de stratégies et des encouragements. Les sessions de coaching peuvent être programmées en fonction du fuseau horaire et des préférences linguistiques, et les sessions peuvent être organisées par téléphone ou vidéo selon les besoins.

## Programme de soutien dédié à la santé mentale

Jusqu'à 20 séances de conseils en face à face, par maladie et par période de couverture.

Silver

Remboursement intégral

Gold

Remboursement intégral

Platinum

Remboursement intégral

Être diagnostiqué avec de l'anxiété ou de la dépression peut être accablant, et il peut être difficile de savoir quelles mesures prendre ensuite. Chez Cigna, nous sommes conscients que l'anxiété et la dépression nécessitent un soutien plus ciblé que les problèmes de santé mentale plus légers traditionnellement soutenus par les services de conseils à court terme offerts dans le cadre de notre Programme d'aide à la gestion du quotidien.

Notre Programme de soutien dédié à la santé mentale offre un soutien psychologique à long terme dans les domaines de l'anxiété et de la dépression, avec jusqu'à 20 séances de conseils en face à face par maladie et par période de couverture.

Ces conseils dispensés en toute confidentialité sont proposés hors ligne, dans le cadre de séances individuelles en face à face (la manière la plus couramment employée pour les services de conseils). Des séances par visioconférence ou par téléphone peuvent également être envisagées, selon le lieu dans lequel vous résidez.

### Pour accéder à ce Programme de soutien dédié à la santé mentale, veuillez suivre les étapes ci-après :

- **Contactez le Programme d'aide à la gestion du quotidien (voir ci-dessus)**, par téléphone, par le biais de notre équipe du service clients, ou à partir de l'application Cigna Wellbeing.
- **Parlez à un médecin** qui réalisera une première évaluation par téléphone. S'il a été déterminé que vous présentez des symptômes modérés ou sérieux de dépression ou d'anxiété, le médecin vous orientera vers un psychologue spécialisé en thérapie comportementale cognitive.
- **Bénéficiez de vos premières séances de conseils.** Un psychologue spécialisé en thérapie comportementale cognitive évaluera votre situation dans le cadre d'une ou deux séances en face à face. Lorsque les consultations ne peuvent être réalisées en personne, des options de consultation par téléphone ou visioconférence peuvent vous être proposées.
- **Vous pouvez obtenir un maximum de 20 séances dans le cadre du service de conseils.** Une évaluation psychométrique est réalisée à ce stade, puis toutes les 6 séances.
- **Commencez à en ressentir les bienfaits** en profitant d'un plus grand bien-être et d'une vie plus heureuse et plus saine.
- **Suivez vos progrès.** Un gestionnaire de dossiers vous contactera pour s'assurer que vous progressez comme prévu.

Ce programme vous offre la possibilité de contacter rapidement et facilement un psychologue spécialisé en thérapie cognitive comportementale. En effet, nos conseillers sont généralement disponibles dans des régions du monde où il peut s'avérer plus difficile d'accéder aux soins de santé mentale.

### Remarques importantes :

Ce service n'est pas adapté si vous :

- présentez un risque imminent de vous infliger des blessures ou d'en infliger à autrui ;
- souffrez d'une addiction, telle que l'abus d'alcool ou la consommation de drogues, ou le recours excessif aux jeux ou paris ;
- présentez des symptômes ou avez obtenu un diagnostic de troubles mentaux autres que l'anxiété ou la dépression, par exemple, trouble de la personnalité borderline, schizophrénie, trouble bipolaire ou trouble obsessionnel compulsif ; ou
- êtes âgé de moins de 18 ans.



# International Medical Evacuation

## Module facultatif

L'option internationale Évacuation sanitaire assure la prise en charge des frais de transport, dans des limites raisonnables, vers le centre d'excellence médicale le plus proche si les soins ne sont pas disponibles localement en cas d'urgence. Cette option inclut également le rapatriement sanitaire suite à une maladie grave ou après un traumatisme ou une opération chirurgicale, ainsi que les déplacements d'un parent, du conjoint, du compagnon/ de la compagne, d'un frère ou d'une sœur ou d'un enfant d'un bénéficiaire pour lui rendre visite après un accident ou une maladie soudaine lorsque le bénéficiaire n'a pas été évacué ou rapatrié.

## International Medical Evacuation

	Silver	Gold	Platinum
<b>Option internationale Évacuation sanitaire</b> <b>Plafond annuel global par bénéficiaire et par période de couverture</b>	<b>Remboursement intégral</b>	<b>Remboursement intégral</b>	<b>Remboursement intégral</b>

	Silver	Gold	Platinum
<b>Évacuation sanitaire</b>	<b>Remboursement intégral</b>	<b>Remboursement intégral</b>	<b>Remboursement intégral</b>

Transfert vers le centre d'excellence médicale le plus proche en cas d'urgence lorsque le traitement requis n'est pas disponible localement.

Si un bénéficiaire a besoin de soins médicaux d'urgence, nous prenons en charge son évacuation sanitaire :

- pour le transporter jusqu'à l'hôpital le plus proche capable d'administrer le traitement nécessaire (même si cet hôpital se situe dans une autre région du pays, ou dans un autre pays) ; et
- pour le ramener sur son lieu de départ, à condition que le voyage de retour n'intervienne pas plus de 14 jours après la fin du traitement.

En ce qui concerne le voyage de retour, nous prendrons en charge :

- le prix d'un billet d'avion en classe économique ; ou
- des frais de voyage raisonnables par terre ou par mer ; le montant le plus faible étant retenu.

Nous prenons en charge les frais de taxi uniquement si :

- il est médicalement préférable pour le bénéficiaire de se rendre à l'aéroport en taxi, plutôt qu'en ambulance ; et
- l'accord préalable du service d'assistance médicale a été obtenu.

Nous prenons en charge l'évacuation (mais pas le rapatriement sanitaire) si le bénéficiaire a besoin d'exams diagnostiques ou d'un traitement anticancéreux (comme une chimiothérapie) si, de l'avis de notre service d'assistance médicale, l'évacuation est médicalement nécessaire dans la situation.

Nous ne prenons en charge aucun autre frais en rapport avec l'évacuation (tels que des frais d'hébergement).

### Remarques importantes :

- Si vous devez retourner à l'hôpital vers lequel vous avez été évacué pour obtenir un traitement de suivi, nous ne prendrons pas en charge les frais de déplacement ni les frais de séjour.
- Si les services d'évacuation ne sont pas organisés par nos soins, nous nous réservons le droit de ne pas en assumer le coût.

Rapatriement sanitaire	Silver	Gold	Platinum
	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<p>Si un bénéficiaire a besoin d'un rapatriement sanitaire suite à une maladie grave, un traumatisme ou une intervention chirurgicale, nous prendrons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le retour dans son pays de résidence habituel ou pays d'origine ; et</li> <li>le retour jusqu'à son lieu de départ, à condition que le voyage de retour n'intervienne pas plus de 14 jours après la fin du traitement.</li> </ul> <p>Le voyage susmentionné doit être approuvé au préalable par notre service d'assistance médicale et pour éviter toute ambiguïté, tous les frais de transport doivent être raisonnables et habituels.</p> <p>En ce qui concerne le voyage de retour, nous prendrons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le prix d'un billet d'avion en classe économique ; ou</li> <li>des frais de voyage raisonnables par terre ou par mer ; le montant le plus faible étant retenu.</li> </ul> <p>Nous prenons en charge les frais de taxi uniquement si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>il est médicalement préférable pour le bénéficiaire de se rendre à l'aéroport en taxi, plutôt qu'en ambulance ; et</li> <li>l'accord préalable du service d'assistance médicale a été obtenu.</li> </ul> <p>Nous ne prenons en charge aucuns autres frais liés à un rapatriement sanitaire (tels que des frais d'hébergement).</p> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si vous devez retourner à l'hôpital vers lequel vous avez été rapatrié pour obtenir un traitement de suivi, nous ne prendrons pas en charge les frais de voyage ni les frais de séjour.</li> <li>Si un bénéficiaire contacte le service d'assistance médicale pour demander l'autorisation préalable d'un rapatriement dont le service d'assistance médicale estime qu'il n'est pas médicalement nécessaire, nous pouvons organiser l'évacuation du bénéficiaire vers l'hôpital le plus proche dans lequel peut être administré le traitement nécessaire. Nous rapatrions alors le bénéficiaire vers son pays d'origine ou son pays de résidence habituel spécifié, si son état est stable, et qu'il est médicalement justifié de le faire.</li> <li>Si les services de rapatriement sanitaire ne sont pas organisés par nos soins, nous nous réservons le droit de ne pas en assumer le coût.</li> </ul>			

Rapatriement de la dépouille mortelle	Silver	Gold	Platinum
	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<p>Si un bénéficiaire décède en dehors de son pays de résidence habituel pendant la période de couverture, le service d'assistance médicale organisera le retour de sa dépouille mortelle dans son pays de résidence habituel ou son pays de nationalité dès que possible, sous réserve des conditions et restrictions des compagnies aériennes.</p> <p>Nous ne prenons pas en charge les frais associés à l'enterrement ou à la crémation, ni les frais de transport d'une personne pour récupérer ou accompagner la dépouille mortelle du bénéficiaire.</p> <p><b>Remarque importante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si les services de rapatriement sanitaire ne sont pas organisés par nos soins, nous nous réservons le droit de ne pas en assumer le coût.</li> </ul>			

Frais de voyage d'un accompagnateur	Silver	Gold	Platinum
	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<p>Si un bénéficiaire a besoin d'un parent, frère ou sœur, enfant, conjoint ou compagnon/compagne pour l'accompagner dans son voyage en rapport avec une évacuation ou un rapatriement sanitaire, parce qu'il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a besoin d'aide pour monter ou descendre d'un avion ou autre véhicule ;</li> <li>• voyage sur plus de 1.600 km ou plus ;</li> <li>• est anxieux ou en détresse, et qu'il n'est pas accompagné par une infirmière, auxiliaire médical ou autre accompagnateur médical ; ou</li> <li>• est gravement malade ou blessé ;</li> </ul> <p>nous prenons en charge l'accompagnement par un membre de sa famille ou son compagnon/sa compagne. Les voyages (afin d'éviter toute ambiguïté, un voyage inclut le trajet aller et le trajet retour) doivent être approuvés au préalable par le service d'assistance médicale et le voyage de retour doit avoir lieu pas plus tard que 14 jours après la fin des soins médicaux.</p> <p>Nous prenons en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le prix d'un billet d'avion en classe économique ; ou</li> <li>• les frais de voyage raisonnables par terre ou par mer ;</li> </ul> <p>le montant le plus faible étant retenu.</p> <p>Si cela est approprié compte tenu des besoins médicaux du bénéficiaire, le membre de la famille ou compagnon/compagne qui l'accompagne peut voyager dans une autre classe.</p> <p>S'il est médicalement nécessaire d'évacuer ou de rapatrier un bénéficiaire, et qu'il sera accompagné par son conjoint ou compagnon/compagne, nous prenons également en charge les frais de voyage raisonnables de tous enfants de 17 ans ou moins, si ces enfants resteraient autrement sans parent ou tuteur.</p> <p><b>Remarques importantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nous ne prenons pas en charge l'accompagnement du bénéficiaire par un tiers, si l'objectif original de l'évacuation était de permettre au bénéficiaire de recevoir des soins médicaux ambulatoires.</li> <li>• Nous ne prenons pas en charge d'autres frais en rapport avec les frais de voyage du tiers, comme l'hébergement ou le transport local.</li> </ul>			

**Si vous avez souscrit cette option, nous mettrons également les sommes ci-dessous à disposition pour les visites compassionnelles des membres de votre famille proche.**

Visite compassionnelle – frais de déplacement	Silver	Gold	Platinum
Jusqu'à un maximum de 5 voyages par durée de vie. Jusqu'au montant maximum indiqué pour votre assurance par bénéficiaire.	1.200 \$ 1.000 € 800 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £

Visite compassionnelle – frais de séjour	Silver	Gold	Platinum
À hauteur du montant total indiqué par jour, pour chaque visite avec un maximum de 10 jours par visite.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £

Pour chaque bénéficiaire, nous prenons en charge jusqu'à 5 visites compassionnelles sur la durée de vie de la couverture d'assurance. Les visites compassionnelles doivent être approuvées au préalable par notre service d'assistance médicale.

Nous prenons en charge le coût d'un voyage en classe économique pour un parent, un conjoint, un compagnon/une compagne, un frère, une sœur ou enfant pour rendre visite au bénéficiaire après un accident ou une maladie soudaine, si le bénéficiaire se trouve dans un pays différent et qu'il est prévu une hospitalisation de ce dernier de 5 jours ou plus, ou qu'il a fait l'objet d'un diagnostic terminal à court terme.

Nous prenons également en charge les dépenses de la vie quotidienne d'un membre de la famille pendant une visite compassionnelle, pour une durée allant jusqu'à 10 jours par visite pendant qu'ils sont en dehors de leur pays de résidence habituel jusqu'aux limites indiquées dans la liste des garanties (sous réserve de recevoir les reçus des frais engagés).

**Remarque importante :**

- Nous ne prenons pas en charge de visites compassionnelles lorsque le bénéficiaire a été évacué ou rapatrié. Si une évacuation ou un rapatriement a lieu pendant une visite compassionnelle, nous ne prenons pas en charge d'autres frais de transport de tiers.

# Évacuation médicale et rapatriement sanitaire

Les remarques importantes et conditions générales suivantes s'appliquent à l'ensemble de la couverture fournie dans le cadre de l'option Évacuation sanitaire internationale.

## Remarques importantes

Les prestations décrites dans la présente rubrique sont fournies ou organisées par le service d'assistance médicale en vertu de la présente police d'assurance.

Les conditions suivantes s'appliquent aux évacuations et aux rapatriements sanitaires d'urgence :

- toutes les évacuations et tous les rapatriements doivent être préalablement approuvés par le service d'assistance médicale, lequel peut être contacté par le biais de l'équipe du Service clients ;
- les soins pour lesquels ou à la suite desquels l'évacuation ou le rapatriement est nécessaire doivent être recommandés par du personnel infirmier qualifié ou un praticien ;
- les services d'évacuation et de rapatriement sont disponibles dans le cadre de cette police uniquement si le bénéficiaire est traité (ou doit être traité) dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins de jour ;
- les soins nécessitant l'évacuation ou le rapatriement doivent :
  - être des soins pour lesquels le bénéficiaire est couvert par la présente police ; et
  - ne pas être disponibles à l'endroit d'où le bénéficiaire doit être évacué ou rapatrié ;
  - le bénéficiaire doit déjà bénéficier de la couverture dans le cadre de l'option internationale Évacuation médicale, avant d'avoir besoin du service d'évacuation ou de rapatriement ;
  - le bénéficiaire doit bénéficier de la couverture dans la zone de couverture sélectionnée qui inclut le pays où les soins seront prodigués après l'évacuation ou le rapatriement (soins aux États-Unis exclus, sauf si le bénéficiaire a souscrit la couverture Monde entier États-Unis compris) ;
- nous prenons en charge les services d'évacuation ou de rapatriement uniquement si tous les détails de l'organisation sont préalablement approuvés par notre service d'assistance médicale. Avant que nous donnions notre accord, vous devez nous fournir toutes les informations ou preuves raisonnables que nous pourrions demander ;
- nous n'approuverons pas et ne paierons pas une évacuation ou un rapatriement si, selon notre avis raisonnable, ce n'est pas approprié ou si cela est contraire à un avis médical. Pour déterminer si une évacuation ou un rapatriement est approprié, nous nous appuyons sur les pratiques cliniques et médicales établies ;
- De temps à autre, nous pouvons procéder à une révision de cette prestation et nous réservons le droit de vous contacter pour obtenir des informations supplémentaires lorsqu'il est raisonnable pour nous de le faire.

## Conditions générales

- Si la situation locale rend l'accès à une zone impossible, peu pratique ou excessivement dangereux, par exemple à cause d'une instabilité politique ou d'une guerre, il est possible que nous ne puissions pas organiser les services d'évacuation ou de rapatriement. La présente police d'assurance ne garantit pas que les services d'évacuation ou de rapatriement seront toujours disponibles quand ils sont demandés, même s'ils sont médicalement appropriés.
- Nous prenons en charge les frais de séjour à l'hôpital uniquement pendant la durée de traitement du bénéficiaire. Nous ne prenons pas en charge les frais de séjour à l'hôpital si le traitement du bénéficiaire est terminé mais qu'il attend un vol de retour.
- Tous les soins médicaux qu'un bénéficiaire reçoit avant ou après une évacuation ou un rapatriement sont pris en charge dans le cadre du contrat Assurance santé internationale (ou de toute autre option de couverture le cas échéant) si les soins sont couverts par cette police et si vous avez souscrit la couverture appropriée.
- Nous ne saurions être tenus responsables des retards ou de l'indisponibilité des services d'évacuation ou de rapatriement dus à de mauvaises conditions météorologiques, des problèmes techniques ou mécaniques, des conditions ou restrictions imposées par les autorités publiques, ou à tout autre facteur raisonnablement indépendant de notre volonté.
- Nous prenons en charge l'évacuation, le rapatriement et le transport par un tiers uniquement si les soins pour lesquels ou en raison desquels l'évacuation ou le rapatriement est nécessaire sont couverts par la présente police d'assurance.
- Toutes les décisions portant sur :
  - la nécessité médicale de l'évacuation ou du rapatriement ;
  - les moyens et le moment de l'évacuation ou du rapatriement ;
  - l'équipement et le personnel médicaux à utiliser ; et
  - la destination vers laquelle le bénéficiaire doit être transporté ;sont prises par notre équipe médicale, après consultation des praticiens qui traitent le bénéficiaire, en prenant en compte toutes les considérations et tous les facteurs médicaux pertinents.

# Assurance optique et dentaire internationale

## Module facultatif

L'Assurance optique et dentaire internationale rembourse les examens ophtalmologiques de routine du bénéficiaire ainsi que les coûts des lunettes et des verres de contact. Elle couvre également un large éventail de soins dentaires préventifs, périodiques et majeurs.

## Vision Care

	Silver	Gold	Platinum
<b>Examen ophtalmologique</b> Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £	<b>Remboursement intégral</b>
Nous prenons en charge un examen de la vue de routine par période de couverture, à réaliser soit par un ophtalmologiste ou un optométriste. Nous ne prenons pas en charge plus d'un examen de la vue au cours d'une période de couverture.			

	Silver	Gold Mis à jour	Platinum
<b>Frais liés aux :</b> Dans la limite du plafond global présenté pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.	155 \$ 125 € 100 £	200 \$ 150 € 130 £	310 \$ 245 € 200 £
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verres de lunettes.</li> <li>• Lentilles de contact.</li> <li>• Montures.</li> <li>• Lunettes de soleil correctrices.</li> </ul> Lorsque prescrits par un optométriste ou un ophtalmologue. Nous ne prenons pas en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les lunettes de soleil, sauf médicalement prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste ;</li> <li>• les lunettes ou lentilles qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui ne sont pas prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste ; ou</li> <li>• le traitement ou la chirurgie, y compris le traitement ou la chirurgie visant à améliorer la vue, comme la chirurgie par laser, la kératotomie réfractive (KR) ou la kératectomie photoréfractive KPR).</li> </ul> Une copie d'une ordonnance ou facture pour les verres correcteurs doit nous être fournie à l'appui de toute demande de remboursement de montures.			

## Soins dentaires

	Silver	Gold	Platinum
<b>Plafond annuel global pour les soins dentaires</b> <b>Prestation maximale annuelle - par bénéficiaire et par période de couverture</b>	1.250 \$ 930 € 830 £	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.500 \$ 4.300 € 3.500 £

	Silver	Gold	Platinum
<b>Préventif</b> Jusqu'au plafond annuel global pour les soins dentaires applicable à votre assurance, par bénéficiaire et par période de couverture. <b>Disponible après 3 mois de couverture du bénéficiaire.</b>	<b>Remboursement intégral</b>	<b>Remboursement intégral</b>	<b>Remboursement intégral</b>

Nous prenons en charge les soins dentaires préventifs suivants, recommandés par un dentiste après souscription par le bénéficiaire à la couverture de l'Assurance optique et dentaire internationale depuis au moins 3 mois :

- 2 bilans dentaires par période de couverture ;
- radiographies, y compris la radiographie interproximale, vue simple, et la radiographie panoramique ;
- le détartrage et le polissage, y compris une application de fluor locale si nécessaire (deux par période de couverture) ;
- 1 gouttière dentaire par période de couverture ;
- 1 gouttière dentaire de nuit par période de couverture ; et
- de la résine de scellement.

	Silver	Gold	Platinum
<p><b>Examen de routine</b></p> <p>Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Disponible après 3 mois de couverture du bénéficiaire.</b></p>	Remboursé à 80 %	Remboursé à 90 %	Remboursement intégral
<p>Nous prenons en charge les frais de traitement pour les soins dentaires de routine suivants après souscription par le bénéficiaire de l'Assurance optique et dentaire internationale depuis au moins 3 mois (si ce traitement est nécessaire à une bonne santé bucco-dentaire et est recommandé par un dentiste) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• traitement du canal radiculaire ;</li> <li>• extractions ;</li> <li>• procédures chirurgicales ;</li> <li>• anesthésie ; et</li> <li>• traitement parodontal.</li> </ul>			

	Silver	Gold	Platinum
<p><b>Soins reconstructifs majeurs</b></p> <p>Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Disponible après 12 mois de couverture du bénéficiaire.</b></p>	Remboursé à 70 %	Remboursé à 80 %	Remboursement intégral
<p>Nous prenons en charge les frais des soins dentaires reconstructeurs majeurs suivants, après souscription par le bénéficiaire à la couverture de l'Assurance optique et dentaire internationale depuis au moins 12 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les dentiers (acryliques/synthétiques, métalliques et métal/acryliques) ;</li> <li>• les couronnes ;</li> <li>• les inlays ; et</li> <li>• la mise en place d'implants dentaires.</li> </ul> <p>Si un bénéficiaire a besoin d'un traitement de chirurgie reconstructrice dentaire majeure mais qu'il est couvert par l'Assurance optique et dentaire internationale depuis moins de 12 mois, nous prenons en charge 50 % du coût du traitement.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p><b>Orthodontie</b></p> <p>Dans la limite du plafond global indiqué pour l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture ou, lorsque la mention « remboursement intégral » est présente, dans la limite de la prestation maximale annuelle de l'assurance sélectionnée, par bénéficiaire et par période de couverture.</p> <p><b>Cette prestation s'applique aux bénéficiaires âgés de 18 ans ou moins qui ont été couverts par cette option pendant 18 mois.</b></p>	Remboursé à 40 %	Remboursé à 50 %	Remboursé à 50 %
<p>Nous prenons en charge l'orthodontie pour les bénéficiaires âgés de moins de 19 ans uniquement, et dans la mesure où ils ont été couverts par l'Option internationale Optique et dentaire pendant au moins 18 mois.</p> <p>Nous prenons en charge les soins orthodontiques uniquement si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le dentiste ou l'orthodontiste qui doit administrer le traitement nous fait préalablement parvenir une description détaillée du traitement proposé (y compris les radiographies et les moulages), ainsi qu'un devis détaillant le coût du traitement ; et</li> <li>• nous avons préalablement approuvé le traitement.</li> </ul>			

# Information importante

## Exclusions dentaires

Les exclusions ci-après s'appliquent aux soins dentaires, aux côtés de celles décrites dans les autres rubriques de la présente police d'assurance et de celles figurant sur votre attestation d'assurance.

Nous ne prenons pas en charge :

- Les traitements à visée purement esthétique, ou les autres traitements qui ne sont pas nécessaires pour préserver ou améliorer la santé bucco-dentaire.
- Le remplacement de tout appareil dentaire perdu ou volé, ou les traitements associés.
- Le remplacement d'un bridge, d'une couronne ou d'une prothèse dentaire amovible qui (selon l'avis raisonnable d'un dentiste aux aptitudes et compétences ordinaires dans le pays de résidence habituel du bénéficiaire) est ou peut être rendu(e) utilisable.
- Le remplacement d'un bridge, d'une couronne ou d'une prothèse dentaire moins de cinq ans après sa mise en place initiale sauf si :
  - il ou elle a été endommagé(e) de façon irréparable pendant son utilisation, suite à une blessure dentaire subie par le bénéficiaire pendant qu'il est couvert par cette police d'assurance ; ou si
  - le remplacement est requis du fait de la nécessité pour le bénéficiaire de subir l'extraction d'une ou plusieurs dents naturelles saines ; ou
  - le remplacement est nécessaire à cause de la mise en place d'une prothèse complète originale du côté opposé.
- Les facettes en acrylique ou en porcelaine.
- Les couronnes ou pontiques sur ou en remplacement des premières, deuxième et troisième molaires inférieures et supérieures, sauf :
  - s'ils ou si elles sont en porcelaine, assemblés à des métaux ou en métal uniquement (par exemple une couronne en alliage d'or) ; ou si
  - une couronne ou un pontique temporaire est nécessaire dans le cadre de soins dentaires de routine ou d'urgence.
- Les traitements, les interventions et le matériel expérimentaux ou qui ne répondent pas aux normes dentaires généralement acceptées.
- Les traitements associés à des implants dentaires et liés directement ou indirectement à :
  - un échec d'intégration de l'implant ;
  - un échec de l'ostéointégration ;
  - une péri-implantite ;
  - le remplacement de couronnes, bridges ou prothèses ; ou
  - un accident ou un traitement d'urgence, y compris s'il se rapporte à une prothèse.
- Les conseils portant sur le contrôle de la plaque dentaire, l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation.
- Les services et produits, y compris mais sans s'y limiter, bains de bouche, brosses à dent et dentifrices.
- Les soins médicaux prodigués à l'hôpital par un spécialiste bucco-dentaire peuvent être couverts par l'Assurance santé internationale et/ou l'option internationale Soins ambulatoires, si cette option a été souscrite, sauf si les soins dentaires sont la raison de votre hospitalisation.
- Les empreintes dentaires, les attaches de précision ou de semi-précision ;
- Tout traitement, toute procédure, tout appareil ou toute restauration (à l'exception des prothèses complètes) dont l'objectif principal est de :
  - de modifier les dimensions verticales ; ou
  - de diagnostiquer ou de traiter une condition ou un mauvais fonctionnement de l'articulation temporomandibulaire ; ou
  - de stabiliser les dents dans un contexte de parodontite ; ou
  - de restaurer une occlusion.

# Franchise et participation aux coûts

Notre vaste choix d'options de franchise et de participation aux coûts vous permet d'adapter précisément votre assurance à votre budget. Vous pouvez choisir une franchise et/ou une participation aux coûts dans le cadre de l'Assurance santé internationale et/ou l'option internationale Soins ambulatoires.

Si vous avez sélectionné une franchise et/ou une participation aux coûts sur votre police, cette franchise et/ou cette participation aux coûts devra être intégralement satisfaite avant que vous ne puissiez demander un traitement ou un remboursement des frais de traitement. Veuillez noter que la franchise et/ou la participation aux coûts sélectionnée n'est pas soustraite des plafonds d'avantages individuels disponibles sur votre contrat.

- **Franchise** - Il s'agit du montant que vous devez payer sur le coût de vos soins médicaux jusqu'à ce que la franchise pour la période de couverture soit atteinte.
- **Participation aux coûts** - Il s'agit du pourcentage de frais que vous devez payer sur le coût de vos soins médicaux. Ce pourcentage est appliqué après calcul du montant de la franchise (si cette option a été sélectionnée).
- **Participation maximale (annuelle) aux coûts** - Il s'agit du montant maximal de participation aux coûts que vous devez régler sur une période de couverture donnée. Seules les sommes que vous payez dans le cadre de la participation aux coûts sont soumises à la limite de participation maximale aux coûts.

Si vous avez sélectionné une franchise et/ou une participation aux coûts, les exemples ci-après vous permettront de comprendre comment cela fonctionne.

## Exemple 1 :

### Fonctionnement de la franchise

Valeur de la demande de remboursement : **1.200 \$**  
Franchise : **375 \$**

Une fois que le montant de la franchise est atteint, vous payez toutes les dépenses ultérieures de soins médicaux sur cette période de couverture. Dans cet exemple, le montant de la franchise a été atteint pour cette période de couverture.

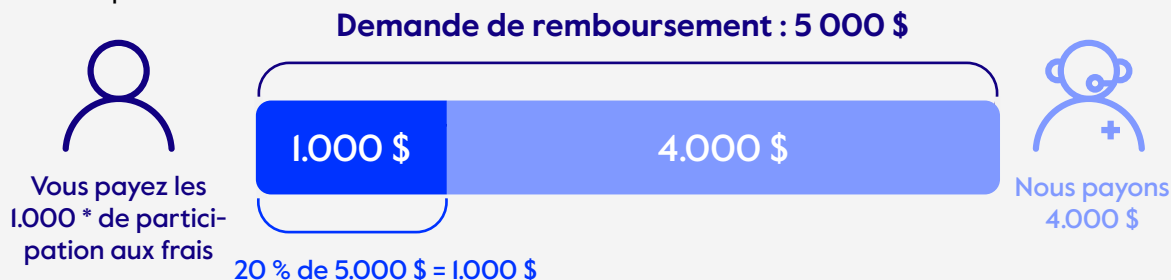


## Exemple 2 :

### Fonctionnement de la participation aux coûts

Valeur de la demande de remboursement : **5.000 \$**  
Franchise : **0 \$**  
Participation aux coûts : **20 % = 1.000 \$**  
Participation maximale aux frais : **2.000 \$**

Le montant de la participation aux coûts est soumis à la limite de participation maximale (annuelle) aux coûts. Dans cet exemple, 1.000 \$ ont été payés sur les 2.000 \$ de participation maximale (annuelle) aux frais pour cette période de couverture.



### Exemple 3 :

#### Fonctionnement de la participation aux coûts et de la participation maximale (annuelle) aux coûts

Valeur de la demande de remboursement : **20.000 \$**

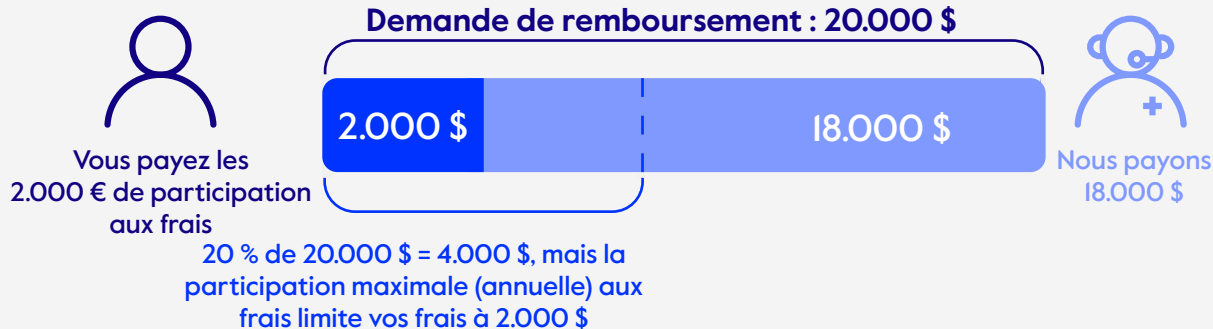
Franchise : **0 \$**

Participation aux coûts : **20 % = 4.000 \$**

Participation maximale aux frais : **2.000 \$**

Le plafond des dépenses non remboursées permet de vous prémunir contre les montants importants de participation aux coûts.

Dans cet exemple, vous avez déjà versé votre participation maximale (annuelle) aux coûts et nous prenons en charge les dépenses restantes pour cette période de couverture.



### Exemple 4 :

#### Fonctionnement de la franchise et de la participation aux coûts en cas de sélection de ces deux options

Valeur de la demande de remboursement : **20.000 \$**

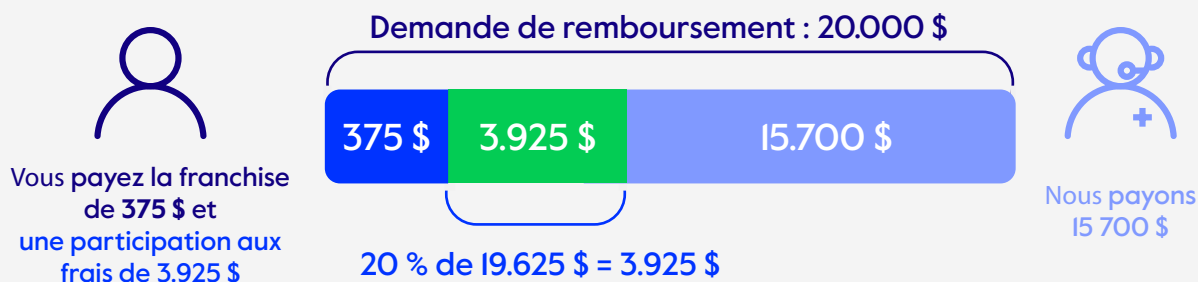
Franchise : **375 \$**

Participation aux coûts : **20 % = 3.925 \$**

Participation maximale aux frais : **5.000 \$**

La franchise est exigible avant que la participation aux coûts ne soit calculée.

Dans cet exemple, votre franchise de 375 \$ est d'abord déduite du coût des soins médicaux puis la participation aux frais de 20 % est calculée. 3.925 \$ ont été payés sur les 5.000 \$ de participation maximale (annuelle) aux coûts pour cette période de couverture.



## Informations importantes

- Vous devez régler le montant de la franchise et de la participation aux coûts à l'hôpital, à la clinique, au praticien ou à la pharmacie. Nous vous indiquerons ensuite le reste à charge dû au professionnel de santé après traitement de la facture.
- La franchise, la participation aux frais et la participation maximale aux frais sont déterminées séparément pour chaque bénéficiaire et chaque période de couverture.
- Si vous sélectionnez à la fois une franchise et une participation aux coûts, la somme que vous devrez payer pour la franchise sera calculée avant la somme que vous devrez régler pour la participation aux coûts.
- Vous pouvez demander chaque année une modification de la franchise et/ou de la participation aux coûts et de la participation maximale aux coûts avec prise d'effet à la [date de reconduction annuelle](#). Si vous souhaitez supprimer ou réduire votre franchise, votre participation aux coûts ou réduire votre participation maximale aux coûts sur votre couverture, nous pourrions exiger que vous nous fournissiez plus d'informations médicales détaillées (y compris les informations médicales de tout bénéficiaire le cas échéant) et nous pourrions appliquer de nouvelles restrictions ou exclusions spéciales sur la base des informations que vous nous fournissez.
- Vous pouvez vérifier la franchise ou la participation aux coûts que vous avez sélectionnée en consultant votre attestation d'assurance qui est disponible dans votre Espace client en ligne sécurisé.

# Bon à savoir



## Assurance complémentaire non incluse par défaut

Les régimes d'assurance Cigna Global Health Options comportent quatre modules d'options supplémentaires pour améliorer votre assurance santé :

- Option internationale Soins ambulatoires
- Option internationale Santé et bien-être
- International Medical Evacuation
- Option internationale Soins dentaires et optique

Vous pouvez ajouter l'un de ces modules lors de l'affiliation, lors de la reconduction ou pendant votre période de couverture. Votre sélection figurera sur votre attestation d'assurance. Vous trouverez ce document important dans la rubrique « Documents » de votre [Espace client](#) en ligne.

## Prestations avec restrictions d'âge :

Les preneurs d'assurance et les bénéficiaires doivent être âgés d'au moins 18 ans pour accéder à tous les soins et traitements dans le cadre du module d'option internationale Santé et bien-être.

## Garanties de base incluses dans chaque police :

**Certains soins ambulatoires sont couverts par tous les régimes d'assurance santé internationale standard :**

- Santé mentale et comportementale
- Imagerie médicale avancée
- Traitements dispensés au sein d'un service d'urgence
- Dialyses rénales
- Traitement du cancer
- Complications de la maternité (contrats Gold et Platinum uniquement)

La franchise que vous aurez éventuellement choisie dans le cadre de votre régime standard d'Assurance santé internationale s'appliquera également aux soins ambulatoires ci-dessus, à l'exception de la garantie Soins au service des urgences où aucune franchise n'est appliquée.

## Avantages supplémentaires lorsque la franchise et la participation aux coûts ne sont pas appliquées :

**Les franchises et les participations aux coûts ne s'appliquent pas aux prestations suivantes, conformément aux modalités et conditions de votre document Règles relatives à la police d'assurance :**

- Prestation en espèces en cas d'hospitalisation
- Traitements dispensés au sein d'un service d'urgence
- Traitements destinés aux nouveau-nés
- Télémédecine internationale (Global Telehealth)

## Les franchises et participations aux coûts ne sont pas disponibles dans les modules d'options suivants ni dans leurs garanties :

- Option internationale Santé et bien-être
- International Medical Evacuation
- Option internationale Soins dentaires et optique

# Questions fréquemment posées

## Comment parler à un médecin :

### Télémédecine internationale (Global Telehealth)

Vous avez accès à des consultations vidéo et téléphoniques illimitées avec l'un des médecins que nous avons choisis par le biais du service de Télémédecine internationale. Ce service est disponible pour tout problème de santé non urgent, par le biais de l'application Cigna Wellbeing® ou après avoir été orienté par notre équipe du Service clients.

Tout traitement ou médicament sur ordonnance à la suite d'une consultation via Télémédecine internationale ne sera couvert que si vous avez souscrit au module d'option internationale Soins ambulatoires dans le cadre de votre contrat.

## Comment parler à quelqu'un de votre police d'assurance :

Voir [page 2](#) pour les coordonnées de notre équipe du Service clients.

## Comment accéder à un traitement :

Voir [page 8](#) pour comprendre comment accéder à un traitement. Si vous avez d'autres questions, contactez l'équipe du Service clients.

## Comment payer le traitement :

Voir [page 10](#) pour savoir si Cigna Healthcare prendra en charge la facture de soins médicaux ou si vous devez demander un remboursement. Si vous devez soumettre une demande de remboursement, veuillez consulter les informations complémentaires en [page 13](#).

## Quel montant du coût de ma demande de traitement dois-je payer ?

Vous pouvez vérifier sur votre attestation d'assurance quelle franchise ou participation aux coûts vous avez appliquée à votre police.

Toute franchise et/ou participation aux coûts choisie dans le cadre de votre contrat s'applique par personne et par année d'assurance.

N'oubliez pas : il est important de soumettre une demande de remboursement même si vous avez payé le traitement de votre poche, car ce montant sera inclus dans toute franchise que vous pourriez avoir appliquée à votre police.

Voir la [page 49](#) pour savoir comment fonctionnent la franchise et la participation aux coûts.

## Que se passe-t-il à la fin de mon année d'assurance ?

Vous recevrez un e-mail 45 jours avant votre date de reconduction, incluant une invitation de reconduction et une lettre de déclaration. Vous pouvez également les trouver sur votre portail client en ligne.

Si vous souhaitez apporter des modifications à votre police à ce moment-là, vous pouvez vous adresser à un membre dédié de notre équipe de fidélité client via les coordonnées figurant dans votre e-mail de reconduction.

Aucune resouscription n'aura lieu au moment de la reconduction si vous n'apportez pas de modifications importantes à votre police. Nous ne posons pas de questions médicales nouvelles ou supplémentaires si cela n'est pas nécessaire. Nous ne basons pas votre prime de reconduction sur les demandes d'indemnisation que vous pourriez ou non avoir émises au cours de votre année d'assurance.

## Et si je souhaite me faire rembourser dans une autre devise ?

Nous vous rembourserons votre demande dans la devise dans laquelle la dépense a été engagée. Si vous préférez, nous pouvons également vous rembourser dans la devise utilisée pour payer vos primes d'assurance ; il suffit de nous le faire savoir.

Vous pouvez demander un remboursement dans une autre devise. Si la demande est approuvée, des frais de service standard de 3 % seront appliqués au taux de change utilisé.

## Quels traitements ne sont pas couverts par la prestation de soins de santé mentale et comportementale ?

Nous ne prendrons pas en charge les traitements considérés comme situationnels ou liés au mode de vie (p. ex., les thérapies familiales ou conjugales) dans le cadre de cette prestation. Toutefois, si un événement de la vie entraîne une affection pouvant faire l'objet d'un diagnostic clinique, le traitement médicalement nécessaire recommandé sera couvert par cette prestation. Remarque : des séances de conseil non médicalement nécessaires, individuelles et en groupe, sont disponibles dans le cadre de notre programme d'aide à la gestion du quotidien, au sein du module facultatif Santé et Bien-être.

# Définitions

Sauf indication contraire, les mots et expressions définis ci-dessous, lorsqu'ils sont utilisés dans votre Guide Client, auront les significations suivantes. Sauf disposition contraire, le singulier inclut le pluriel et le masculin inclut le féminin, et vice versa.

## Date de reconduction annuelle

Anniversaire de la date de début.

## Intervalles d'âge appropriés

Calendrier pour les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de dix-sept ans, tel que défini par l'American Academy of Pediatrics (AAP).

## Bénéficiaire, bénéficiaires

Toute personne désignée dans votre attestation d'assurance comme étant couverte par la présente police, y compris les nouveau-nés.

## Maladie(s) congénitale(s)

Toute anomalie, déformation, maladie, affection ou blessure présente(s) à la naissance, qu'elle soit diagnostiquée ou non.

## Pays de résidence habituel

Le pays dans lequel le bénéficiaire réside habituellement, comme indiqué dans votre demande.

## Pays de nationalité

Tout pays dont un bénéficiaire est citoyen, ressortissant ou sujet, comme indiqué dans votre demande.

## Soins de jour

Patient admis dans un hôpital, une unité de soins de jour ou un autre établissement médical pour un traitement ou parce qu'il a besoin d'une période de convalescence médicalement supervisée, mais qui n'occupe pas de lit pendant la nuit.

Un exemple de traitement en soins de jour serait de se rendre à l'hôpital pour une chimiothérapie dans le cadre d'un traitement du cancer ou de se prêter à une endoscopie dans le cadre d'un test diagnostique.

## Accident dentaire

Traitement médicalement nécessaire dans le cadre du rétablissement d'un bénéficiaire à la suite d'une blessure grave ou d'un accident qui vise à rétablir son état de santé antérieur après un tel événement.

## Traitement d'urgence

Traitement médicalement nécessaire pour éviter les effets immédiats et significatifs d'une maladie, d'une blessure ou d'une situation qui, si elle n'est pas traitée, pourrait entraîner une dégradation conséquente de l'état de santé du patient. Seuls les traitements médicaux dispensés par un médecin ou un praticien et dans le cadre d'une hospitalisation débutant dans un délai de vingt-quatre (24) heures à compter de la situation d'urgence concernée seront pris en charge.

## Traitement fondé sur des données probantes

Traitement ayant fait l'objet de recherches et d'analyses et étant reconnu par :

- le National Institute for Health and Clinical Excellence ;  
ou
- les Directives cliniques internationales.

## Liste des médicaments

Liste de médicaments sur ordonnance applicable à toutes les demandes de remboursement en pharmacie aux États-Unis. Cette liste est élaborée par Cigna Healthcare avec l'aide de notre Comité Pharmaceutique et Thérapeutique et est mise à jour deux fois par an. Tous les médicaments inclus dans notre liste de médicaments sont

approuvés par la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis. Les médicaments en vente libre (ceux qui ne nécessitent pas d'ordonnance), à l'exception de l'insuline, sont exclus de notre liste de médicaments, à moins que la loi d'État ou fédérale n'exige la prise en charge de ces médicaments. Nous vous informerons de tout changement affectant la prise en charge d'un médicament que vous prenez au moment de toute mise à jour.

## Lettre de prise en charge

Une garantie contraignante que nous avons établie pour payer à un prestataire les coûts convenus associés à un traitement particulier que nous pouvons donner à un bénéficiaire ou à un établissement médical ou à un médecin.

## Hospitalisation

Un patient est dit hospitalisé lorsqu'il est admis dans un établissement médical et qu'il occupe un lit pendant une nuit ou plus pour des raisons médicales.

Un exemple d'hospitalisation est la chirurgie après une crise cardiaque où le patient se rétablira à l'hôpital pendant la nuit.

## Service d'assistance médicale

Service d'expertise-conseil, d'évacuation, d'assistance et de rapatriement pour raison médicale conformément aux Directives cliniques internationales. Ce service, fourni par notre partenaire International SOS, peut être proposé en plusieurs langues et une assistance est disponible vingt-quatre (24) heures sur vingt-quatre.

## Médicalement nécessaire/nécessité médicale

Services et équipements couverts médicalement nécessaires conformément aux Directives cliniques internationales, que l'équipe médicale considère comme étant :

- nécessaires au diagnostic ou au traitement d'une maladie, d'une blessure, d'une affection ou de ses symptômes ;
- orthodoxes et conformes aux pratiques médicales usuelles ;
- cliniquement appropriés quant au type, à la fréquence, à l'étendue, au site et à la durée ;
- non principalement pour la commodité du bénéficiaire, du médecin ou de l'établissement médical ; et
- prodigués dans le cadre le moins intensif qui convient à l'administration des services et des équipements concernés.

Le cas échéant, l'équipe médicale pourrait comparer le rapport coût-efficacité des autres services, cadres ou équipements pour déterminer quel est le cadre le moins intensif.

## Établissements médicaux

Toute organisation inscrite ou agréée dans son pays en tant qu'établissement hospitalier dispensant des traitements médicaux ou chirurgicaux, au sein de laquelle l'assuré bénéficie de soins quotidiens ou de la surveillance d'un médecin ou d'un personnel infirmier qualifié.

## Professionnels de santé

Un médecin, un spécialiste, un membre du personnel infirmier ou un thérapeute qualifié (y compris les orthophonistes, les diététiciens ou les orthoptistes),

un chirurgien-dentiste ou un praticien dentaire qui est agréé, dûment qualifié ou autorisé à pratiquer la médecine ou à fournir un traitement en vertu des lois du pays, de l'État ou d'une autre zone réglementée dans laquelle le traitement est fourni, et qui n'est pas couvert par la présente police, ou un membre de la famille d'une personne couverte par la présente police.

### Soins ambulatoires

Un patient est dit en soins ambulatoires lorsqu'il est traité dans un service de soins ambulatoires d'un hôpital, un cabinet de consultation ou une clinique externe ou tout autre établissement médical ambulatoire, sans toutefois être admis pour des soins de jour, être hospitalisé ou occuper un lit.

Un exemple de soins ambulatoires serait de vous rendre dans une clinique ambulatoire pour faire retirer un grain de beauté, où vous n'êtes pas tenu d'être hospitalisé et ne nécessitez pas d'anesthésie générale pour l'intervention.

### Période de couverture

La présente police d'assurance porte sur une période de couverture minimale de trois (3) mois et une période de couverture maximale de douze (12) mois reconductible. La période de couverture s'étend de la date de début à la date de fin indiquée dans l'attestation d'assurance ou plus tôt si elle est résiliée conformément aux Règles applicables à la police d'assurance.

### Police d'assurance

La police comprenant :

- le Dossier du preneur d'assurance et les déclarations qu'il a faites lors de son affiliation pour lui et ses bénéficiaires éventuels dans le dossier ;
- les Règles applicables à la police d'assurance ;
- le présent Guide Client (qui contient la liste des prestations et les informations relatives aux demandes de remboursement) ;
- votre certificat d'assurance (indique le numéro de police, la prime annuelle, la date de début, la franchise et/ou le montant de la participation aux coûts si sélectionné) ; les détails des personnes couvertes, les exclusions spéciales qui ont été supprimées moyennant une prime supplémentaire, ainsi que l'assurance santé et les options sélectionnées, le cas échéant), et ;
- votre Carte d'affiliation Cigna Healthcare.

### Maladies préexistantes

Toute maladie, affection ou blessure, ou symptômes présents avant la date de prise d'effet initiale de votre police pour lesquels :

- un avis médical ou un traitement a été demandé ou reçu ; ou
- le bénéficiaire était au courant et n'a pas sollicité d'avis médical ou de traitement.

### Autorisation préalable/accord préalable

Désignation du processus formel de contact avec nous pour obtenir la confirmation que le traitement médical sera pris en charge et que l'établissement médical envisagé est considéré comme étant un professionnel de santé agréé par Cigna Healthcare qui répond aux normes de qualité de Cigna Healthcare. Notre accord sera basé sur notre processus d'examen du caractère médicalement nécessaire des traitements effectué par notre équipe médicale et nous pouvons émettre une lettre de prise en charge, si nécessaire, dans le cadre de cet examen. Les traitements médicaux nécessitant un accord préalable sont clairement indiqués dans la liste des prestations de votre Guide d'information pour les clients. **Le défaut d'obtention de l'accord préalable requis de notre part entraînera une réduction du montant que nous verserons pour ce traitement.**

### Zone de couverture sélectionnée

Désigne soit :

- une couverture mondiale, y compris aux États-Unis (tout pays du monde, à l'exclusion des pays avec lesquels les échanges commerciaux sont, à la date de commencement d'un traitement, interdits par le Gouvernement fédéral des États-Unis d'Amérique dans une mesure telle que les paiements sont illicites en vertu de la loi applicable) ; ou
  - une couverture mondiale, à l'exception des États-Unis.
- Remarque : Pour tous les territoires américains, à savoir Porto Rico, les Samoa américaines, Guam, le Commonwealth des Îles Mariannes du Nord et les Îles Vierges américaines, les clients devront disposer d'une couverture américaine sur leur police d'assurance afin de pouvoir utiliser leur couverture dans ces régions. Cependant, aucune pénalité ne sera appliquée pour l'utilisation d'un professionnel de santé « hors réseau », car cela concerne exclusivement les États-Unis.

### Traitement

Tout traitement chirurgical ou médical contrôlé par un médecin qui se déroule dans un établissement médical et qui est médicalement nécessaire pour diagnostiquer, guérir ou soulager substantiellement une maladie, une affection ou une blessure.



**Améliorer la santé et le bien-être des personnes que nous servons.**

# Vous souhaitez nous contacter ?

Si vous avez des questions au sujet de votre police d'assurance, si vous avez besoin de faire approuver des soins ou pour toute autre raison, n'hésitez pas à contacter notre équipe du Service clients disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an.



## Rendez-vous dans votre espace client

Contactez-nous par messagerie instantanée  
Envoyez-nous un message  
Demandez à être rappelé



## Appelez-nous

International : **+44 (0) 1475 788 182**  
États-Unis : **800 835 7677** (appel gratuit)  
Hong Kong : **2297 5210** (appel gratuit)  
Singapour : **800 186 5047** (appel gratuit)



Vous pouvez aussi nous envoyer un e-mail à :  
**[cignaglobal\\_customer.care@cigna.com](mailto:cignaglobal_customer.care@cigna.com)**

Les coordonnées de la société Cigna Healthcare qui fournit l'assurance au titre de votre police figurent dans les Règles applicables à la police d'assurance et sur votre attestation d'assurance.

Si votre police d'assurance est émise par Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch, les mentions suivantes s'appliquent :

Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch (numéro d'immatriculation : TIOFCO145E) est une succursale étrangère de Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., société à responsabilité limitée immatriculée en Belgique, dont le siège social est sis 152 Beach Road, #33-05/06 The Gateway East, Singapour 189721.

La présente police est protégée en vertu du Policy Owners' Protection Scheme (Régime de protection des titulaires de police), qui est administré par la Singapore Deposit Insurance Corporation (« SDIC ») (Société d'assurance-dépôts de Singapour). La couverture de votre police est automatique et vous n'avez rien d'autre à faire. Pour en savoir plus au sujet des types de garanties couvertes par le régime et des limites de couverture, le cas échéant, contactez-nous ou consultez les sites Internet de General Insurance Association (GIA) ou SDIC ([www.gia.org.sg](http://www.gia.org.sg) ou [www.sdic.org.sg](http://www.sdic.org.sg)).

Pour les assurances administrées par l'intermédiaire de notre bureau du Dubai International Finance Centre, sous la licence d'assurance Cigna Global Insurance Company Limited, l'agent de souscription est Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, une société réglementée par l'autorité des services financiers de Dubai.

"Cigna Healthcare" est une marque de service déposée de Cigna Intellectual Property, Inc. Son utilisation est autorisée en vertu d'une licence concédée par The Cigna Group et ses filiales opérationnelles. Tous les produits et services sont fournis par ou via de telles filiales, et non par The Cigna Group. Ces filiales incluent Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. et Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2024 Cigna Healthcare

591048 CGHO Customer Guide FR 02/2026