

FOIRE AUX QUESTIONS

CONDITIONS D'ADMISSION, ZONES DE COUVERTURE ET CHOIX DES FORMULES

- Qui peut adhérer au contrat ?

* L'assuré seul : toute personne expatriée quelle que soit sa nationalité résidant hors de son pays d'origine âgé de 18 à 70 ans.

Ainsi que les ayants droits suivants :

* le conjoint quel que soit son pays d'origine ou le concubin qui ne peut pas être ressortissant du pays d'expatriation

* les enfants de moins de 20 ans (légitimes, naturels ou adoptés) à condition qu'ils vivent au foyer de l'assuré

Une fois l'âge de 20 ans atteint, l'enfant adhère à titre individuel à un contrat à son nom

- Quelles sont les zones géographiques de couverture ?

Il existe deux zones :

- Zone A : Monde entier hors USA

- Zone B : Monde entier hors USA, Canada, Japon, Suisse et Israël

Les frais remboursés sont ceux engagés dans la zone choisie par l'assuré.

Le choix de la zone doit être identique pour tous les ayants droits de l'assuré sur un même contrat

- Existe-t-il une couverture hors de la zone choisie ou dans le pays d'origine ?

Hors de la zone choisie : lors d'un séjour d'une durée de moins de 6 semaines à l'extérieur de la zone retenue, sont remboursables les seuls frais consécutifs à un accident ou une maladie présentant un caractère d'urgence. Dans les autres cas, les frais peuvent être remboursables après accord exprès de l'assureur.

Dans le pays d'origine les frais sont remboursables lors de séjours temporaires de moins de 3 mois.

En cas de retour définitif dans le pays d'origine, les garanties sont maintenues pour l'Assuré et ses ayant droits moyennant paiement de la prime et pour une durée maximale de 3 mois.

- Quelles sont les formules de remboursement ?

Il existe deux prestations de remboursement :

- au 1^{er} Euro ou USD en pourcentage des frais réels engagés

- en complément des remboursements servis par les assurances volontaires : « Maladie - Maternité - Invalidité » proposées par la Caisse des Français de l'Étranger (C.F.E.)

- Quelles sont les niveaux de garanties proposées ?

Il existe deux niveaux de prestations :

- La formule Basic/Urgence qui couvre les frais consécutifs à la notion d'urgence telle que définie dans le tableau des garanties (avec ou sans hospitalisation)
- La formule Confort qui couvre outre l'urgence les frais de médecine hospitalière, de médecine ambulatoire, l'optique, le dentaire, la maternité

Le choix de la formule (Basic ou Confort) est effectué par l'Adhérent lors de l'affiliation. Il peut être modifié ultérieurement par celui-ci, la date d'effet du changement de formule étant reportée au 1^{er} janvier suivant.

Le retour à un régime inférieur à celui choisi précédemment est irrévocable.

Il est entendu et convenu qu'en ce qui concerne les adhésions groupées (Adhérents et enfants mineurs), le choix du régime doit être identique pour chaque bénéficiaire.

FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

- Quelles sont les formalités médicales ?

Un questionnaire médical est à remplir pour chaque personne affiliée. Pour les personnes de plus de 60 ans un examen médical, aux frais de l'assuré, est obligatoire.

L'assureur se réserve le droit de demander des formalités médicales complémentaires suite à l'étude du questionnaire (si un rapport médical est demandé les frais engendrés seront à la charge de l'assureur). De cette sélection médicale découlent trois possibilités : acceptation au tarif normal, surprime ou refus.

- Quand prend effet la garantie ? Existe t-il des délais d'attente ?

La couverture prend effet le 1^{er} du mois suivant l'acceptation médicale sous réserve du paiement de la cotisation.

La garantie est immédiate pour tous les frais (soins et hospitalisation) consécutifs à un accident. La garantie débute après :

- 3 mois pour maladie et hospitalisation (sauf accident)
- 6 mois pour l'optique, les prothèses médicales et dentaires (dont orthodontie)
- 10 mois pour la maternité et frais liés à la maternité (grossesse et accouchement)
- 12 mois pour la psychiatrie

Ces délais sont supprimés si l'assuré était précédemment couvert par une autre assurance équivalente en terme de garanties et peut présenter une pièce justificative de moins d'un mois sauf en ce qui concerne les frais d'accouchement et les complications de grossesse

- Quelle est la durée d'engagement ? Quels sont les cas de cessation de garanties ?

L'engagement minimum et obligatoire pour tous les assurés d'un contrat court de l'acceptation jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Le renouvellement se fait ensuite tacitement par période de 12 mois. Sauf en cas de fausse déclaration, l'assuré ne peut être exclu par l'assureur tant qu'il remplit les conditions d'admission.

Les garanties prennent fin de droit dans les cas suivants :

- en cas de non paiement des cotisations par l'assuré
- au 31 décembre de l'année de ses 70 ans
- en cas de résiliation du contrat par l'assureur (pour l'ensemble des assurés)
- à la fin du trimestre civil suivant la date où l'assuré perd sa qualité de membre d'APREVI (principalement en cas de retour définitif dans son pays d'origine ou en cas de résidence dans un pays non couvert par le contrat)
- en cas de résiliation par l'assuré moyennant préavis de 2 mois avant la date anniversaire du contrat.

La cessation des garanties entraîne la suppression du droit à remboursement de tous les soins postérieurs à la date de résiliation, même s'ils ont débutés ou été prescrits avant cette date.

- Comment sont calculées les cotisations ? Comment évoluent-elles ?

La cotisation annuelle se calcule assuré par assuré selon sa tranche d'âge (8 tranches différentes), la formule et la zone choisies. L'âge pris en compte est celui atteint au moment de la souscription. La cotisation sera révisée annuellement en fonction des éventuels changements de tranche d'âge. De plus à l'initiative de l'assureur, chaque 1^{er} janvier les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées en fonction des résultats techniques du contrat.

- Existe-t-il des réductions tarifaires ?

Les adhérents ayant choisi la formule CONFORT (couverts au 1^{er} Euro ou en complément CFE) peuvent bénéficier des réductions suivantes pour les enfants de moins de 20 ans :

- 50% au titre de la cotisation du 3^{ème} enfant (le 1^{er} enfant étant le plus âgé, ensuite le 2^{ème} enfant bénéficiant eux aussi de la même formule)
- Gratuité à compter du 4^{ème} enfant.

Un nouveau né est assuré gratuitement durant les 6 premiers mois, son maintien au-delà est subordonné à son affiliation et au paiement de la cotisation correspondante

- Quelles sont les modalités de paiement des cotisations ?

Elles sont payables dans les 15 jours qui suivent la réception de la quittance, à défaut une lettre recommandée avec accusé de réception est envoyée. A l'expiration d'un délai 30 jours, les garanties ne sont plus acquises. Le contrat sera résilié à l'expiration d'un nouveau délai de 10 jours. Toute demande de paiement intervenant pendant la période de non-paiement sera refusée.

- Quels sont les moyens de paiement et les fractionnements possibles ?

Les cotisations sont payables à l'ordre de MAI en EUR ou USD trimestriellement à terme échu. Il est possible de régler par mois, trimestre, semestre ou année civile selon le mode de paiement choisi.

Le choix de la devise se fait à l'adhésion et tout changement doit être justifié.

Paiement par carte bancaire : tous les fractionnements sont possibles

Paiement par virement et chèque : annuel, semestriel ou trimestriel

Paiement par prélèvement bancaire (sur compte en France uniquement) : annuel, semestriel ou trimestriel

Si l'adhésion est effectuée au cours d'un trimestre civil, le 1^{er} règlement doit porter sur le nombre entier de mois restant dans le trimestre civil concerné (1 ou 2 mois)

GESTION DES REMBOURSEMENTS

- Quels sont les soins nécessitant une entente préalable ?

L'Assureur se réserve le droit de ne pas rembourser les frais n'ayant pas fait l'objet d'une notification préalable quand le contrat l'exige. Si par la suite le traitement s'avère avoir été médicalement nécessaire, l'Assureur ne remboursera que 80% du montant prévu pour les prestations en cas d'hospitalisation et 50% du montant prévu pour les autres prestations.

Le remboursement des frais d'hospitalisation (en établissement et à domicile), de rééducation faisant immédiatement suite à une hospitalisation, d'IRM, de kinésithérapie (au-delà de 10 séances), de chiropraxie, d'ostéopathie, d'homéopathie, d'acupuncture, de prothèses médicales et dentaires, d'orthodontie, de rapatriement pour raison médicale et de rapatriement de corps est subordonné à l'acceptation préalable de l'Assureur, à moins qu'il y ait eu urgence.

Chaque admission en hôpital doit être notifiée à l'Assureur au moins 3 semaines avant que l'admission ait effectivement lieu et dans les 48 heures pour les hospitalisations suite à une urgence.

- Existe-t-il des limites de remboursement ?

Outre certains plafonds par nature d'actes il existe :

- * une limite annuelle de dépenses par personne : 150 000 EUR ou USD pour la formule Basic et 250 000 EUR ou USD pour la formule Confort

- * une limite globale sur la durée de vie du contrat : 500 000 EUR ou USD pour la formule Basic et 1 000 000 EUR ou USD pour la formule Confort

- Qu'entend-on par frais réels ?

C'est l'ensemble des dépenses de santé facturées à l'assuré. La dépense retenue pour le calcul du remboursement se limite aux frais habituels et raisonnables du pays dans lequel les soins sont dispensés.

La notion de "raisonnable et habituel" est appréciée en fonction de la pratique médicale prévalant dans le pays où les soins sont dispensés (type de traitement, qualité des soins et des équipements, zone géographique et pays).

Ce caractère "raisonnable et habituel" est soumis à des normes de codification et de tarification des actes et des traitements référencés ou nomenclaturés dans chaque pays par le ICD (International Coding Diagnostic)

Le caractère déraisonnable et inhabituel peut donc entraîner un refus de prise en charge ou une limitation du montant du remboursement.

- Quelles sont les modalités en cas de sinistre ?

Une feuille de remboursement accompagnée des pièces justifiant la dépense doit être adressée au centre de gestion MAI. Il ne sera accepté que des factures originales.

Dans le cas d'une garantie en complément de la CFE, le dossier est également envoyé à MAI qui gère la part de remboursement des prestations de base CFE pour le compte de

l'assuré et de ses ayants droits. L'assuré reçoit un remboursement global, charge à MAI de récupérer la part correspondante auprès de la CFE.

- Quelles sont les coordonnées du centre de gestion ?

Contact pour la partie frais de santé :

Medical Administrators International

11, rue La Fayette
75009 Paris, France

Tel dédié. : +33(0) 1 42 68 88 15

Tél. standard : +33 (0)1 42 68 01 42

Fax : +33 (0)1 42 68 06 90

E-mail : contact@Medical-Administrators.com

Site internet : www.aprevi.com

Accès client Site français : <http://expat.aprevi.com/fr/>

Accès client Site anglais : <http://expat.aprevi.com/en>

Contact pour la partie assistance :

Toute demande de mise en œuvre de l'une de ces prestations doit être formulée directement par le bénéficiaire par tous les moyens précisés ci-après :

- soit par téléphone : **01 40 25 50 87**
- soit par télex : **282 560 F**
- soit par fax : **01 40 25 54 55**

en indiquant :

- le numéro de la convention AGF Assistance **611 792**
- le nom et le n° du contrat souscrit
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint