

Numéro de contrat : G0385

Code Partenaire : 75C017

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT ACS EUROPE CFE

Régime Frais de santé
Complément CFE

G0385

Souscrit par l'AMI

(Association pour la Mobilité Internationale)

Document contractuel

A effet du 1^{er} juillet 2017



Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat n°G0385 relatif à la présente notice d'information est souscrit par l'Association souscriptrice « AMI » auprès de l'Assureur dont les mentions légales respectives sont portées à la Section 6 de la présente notice d'information.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
3. Les modalités de calcul de la cotisation sont déterminées à la Section 5 « Les Cotisations » de la présente notice d'information.
4. L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1^{er} janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 2 « Effet, durée, renouvellement de l'attestation d'assurance et renonciation » de la présente notice d'information.
5. Le contrat relatif à la présente notice d'information a pour objet, tel que mentionné à l'article 1 « Objet de la notice d'information », de garantir aux Assurés le versement de prestations dans les conditions définies à la Section 3 « Les garanties et prestations » de la présente notice d'information.
6. Les exclusions sont mentionnées à la Section 4 « Risques et prestations exclus » de la présente notice d'information.
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat n° G0385 est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
8. L'adhésion au contrat n° G0385 s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 5 « Conditions d'admission » de la présente notice d'information ainsi que dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à la Section 5 « Les cotisations » de la présente notice d'information.
10. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur, de l'Association souscriptrice et de leurs prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
11. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 2.3 « Renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance » de la présente notice d'information.
12. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, l'Association souscriptrice et l'Adhérent sont régies par le droit français. L'Assureur et l'Association souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
13. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 3.5 « Renseignements – Réclamations – Médiation » de la présente notice d'information.

Section 1 – Objet et base de la notice d’information

1 – Objet de la notice d’information

Le contrat relatif à la présente notice d’information est un contrat d’assurance collectif à adhésion facultative souscrit par l’Association souscriptrice (AMI) auprès de l’Assureur. Le contrat est souscrit auprès de MFPREVOYANCE, dénommé « Assureur », dans le cadre d’une délégation de souscription accordée à MGEN International Benefits.

Il relève de la branche 2 Maladie définie à l’article R.321-1 du Code des assurances et est régi tant par ses stipulations que par les dispositions du Code des assurances et la législation française en vigueur.

Il a pour objet de faire bénéficier facultativement les personnes expatriées dans un pays de l’Espace Economique Européen et le cas échéant leur famille, adhérentes de l’Association Souscriptrice (AMI), de remboursements de frais médicaux complémentaires aux prestations servies par les assurances volontaires « maladie – maternité – invalidité » proposées par la Caisse des Français de l’Étranger (CFE).

2 – Effet, durée, renouvellement de l’attestation d’assurance et renonciation

2.1 Adhésion

La demande d’adhésion au contrat relatif à la présente notice d’information se fait au moyen d’un bulletin individuel d’affiliation selon un modèle approuvé par l’Assureur rempli, daté et signé par le candidat à l’assurance.

Ce bulletin individuel d’affiliation précise l’identité, les éléments nécessaires à la détermination de la couverture et au calcul de la cotisation, le consentement de l’Adhérent à l’assurance. Le candidat à l’assurance reconnaît avoir pris connaissance de la notice d’information.

Les garanties doivent être les mêmes pour l’Adhérent

et son Conjoint ou l’ensemble des Ayants-droit bénéficiant des garanties du contrat relatif à la présente notice d’information, le cas échéant.

Lors de l’adhésion au contrat relatif à la présente notice d’information de l’Adhérent ou d’un Ayant-droit, l’Adhérent doit régler d’avance la première cotisation. En cas de demande de renonciation, la cotisation lui sera intégralement remboursée.

L’adhésion à l’assurance est constatée par une attestation d’assurance qui mentionne notamment :

- Le numéro d’adhésion,
- La date d’effet de l’adhésion,
- Les nom et prénom de l’Adhérent,
- Les noms et prénoms des Ayants-droits le cas échéant,
- La zone de couverture,
- La nature et le montant des garanties souscrites,
- Le montant des cotisations et leurs modalités de paiement.

Toutefois, après acceptation de l’Assuré, l’Assureur ou le cas échéant son Délégué de gestion au vu des documents et renseignements reçus, peut préciser sur l’attestation d’assurance un tarif révisé comparé à celui proposé initialement à l’Adhérent ou une exclusion spécifique liée à une pathologie. Le candidat à l’Assurance peut alors refuser ce tarif révisé en informant l’Assureur par écrit dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de réception de la proposition.

2.2 Date d’effet et renouvellement

Pour l’Adhérent, l’assurance prend effet à la date mentionnée sur l’attestation d’assurance pour une période se terminant le 31 décembre de la même année.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1er janvier pour une durée d’un an, sauf résiliation par l’Assuré au moyen d’une lettre recommandée envoyée à ACS au plus tard le 31 octobre précédent, la résiliation devenant effective au 31 décembre de l’année en cours.

L’adhésion peut également prendre fin dans l’un des cas suivants :

- En cas de non-paiement des cotisations par l'Adhérent,
- A la date à laquelle l'Assuré n'est plus Adhérent à l'Association souscriptrice,
- En cas de résiliation du contrat d'assurance groupe relatif à la présente notice d'information,
- Suite à la dissolution de l'Association souscriptrice.

2.3 Renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance

L'Association souscriptrice s'engage à communiquer à l'Adhérent ayant acquis la qualité d'Assuré les informations concernant le droit à renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance du contrat, objet de la présente notice d'information.

En cas de démarchage :

Les dispositions suivantes issues de l'article L.112-9.-I. du Code des assurances s'appliquent :

“Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation”.

En cas de vente à distance :

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de 14 jours calendaires s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les

informations mentionnées à l'article L.222-6 du Code de la consommation (*si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu*).

Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Le droit de renonciation ne s'applique pas lorsque le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'Adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Modalités de renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur par l'intermédiaire d'ACS une lettre recommandée avec avis de réception rédigée dans laquelle il formalise sa volonté de renoncer à son adhésion. Il peut utiliser le modèle suivant :

« Par la présente lettre avec avis de réception, je soussigné(e) (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat G0385 que j'ai signé le à (Lieu d'adhésion) et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de € [Montant en euros]. Le (Date et signature) ».

Effets de la renonciation (démarchage, vente à distance ou lors de la réception de l'attestation d'assurance)

L'Assureur, par l'intermédiaire d'ACS, procède alors au remboursement des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur par l'intermédiaire d'ACS de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

3 – Dispositions complémentaires

3.1 Prescription

Les dispositions relatives à la Prescription des actions dérivant du contrat, objet de la présente notice

d'information sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances, reproduits ci-après :

Article L.114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Article L.114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L.114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Précisions : Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil. Les causes ordinaires de prescription prévues par le code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du code civil),

- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de Prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

3.2 Recours

Conformément aux dispositions de l'article L.121-12 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé jusqu'à concurrence de l'indemnité versée par lui, dans les droits et actions de l'Adhérent contre les tiers responsables du sinistre. Dans le cas où la subrogation ne pourrait plus, du fait de l'Adhérent, s'opérer en faveur de l'Assureur, ce dernier sera alors déchargé de ses obligations à l'égard de l'Adhérent dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

3.3 Convention de délégation de souscription et de délégation de gestion

Une convention de délégation de souscription et de délégation de gestion précise les opérations relatives au contrat relatif à la présente notice d'information que l'Assureur délègue à **ACS**, 153 rue de l'Université, 75007 Paris, en matière d'acceptation, de déclaration, de reversement des cotisations, et de gestion des prestations santé et d'établissements de statistiques.

3.4 Clause de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

La création, la modification, la suppression ou l'exploitation de tous traitements automatisés d'informations nominatives en relation directe ou indirecte avec l'exécution du contrat, objet de la présente notice d'information, devra être effectuée conformément aux dispositions légales et réglementaires, notamment celles édictées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à

l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Conformément à l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'Assureur et l'Association souscriptrice s'engagent à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations et notamment d'empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des personnes non autorisées.

L'Adhérent peut demander consultation, opposition, rectification et suppression de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Assureur ou l'Association souscriptrice. Ces droits peuvent s'exercer par courrier, en joignant la photocopie d'une pièce d'identité recto/verso en cours de validité, au siège social de l'Assureur : **MFP Révoyance, Correspondant Informatique et Libertés, 62, rue Jeanne d'Arc, 75640 Paris Cedex 13.**

3.5 Renseignements – Réclamation - Médiation

Pour tout renseignement ou réclamation relatifs au contrat, objet de la présente notice d'information, et indépendamment du droit pour l'Adhérent de poursuivre l'exécution du contrat en justice en cas de contestation, il peut s'adresser à ACS Service réclamations, 153, rue de l'Université, 75007 Paris, France, courriel : contact@acs-ami.com dans les cas ci-dessous :

- **Conditions d'admission dans l'assurance**
- **Règlement des cotisations**
- **Sinistre**

Il sera accusé réception de la réclamation dans les dix (10) jours de sa réception, sauf si la réponse elle-même vous est apportée dans ce délai. En tout état de cause, conformément à législation applicable, une réponse vous sera adressée avant l'expiration d'un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Si la réponse ne satisfait pas l'attente des Adhérents, ces derniers peuvent adresser une réclamation par simple lettre ou courriel à : **MGEN International Benefits – Service Relations Clientèle, 3/5/7 Square Max-Hymans 75748 Paris cedex 15. Courriel :**

clients@mgen-ib.com.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Adhérent, ses Ayants-droit pourront s'adresser au Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents. Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

3.6 Fausse déclaration

TOUTE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE, OMISSION OU DECLARATION INEXACTE DES CIRCONSTANCES DU RISQUE ENTRAINE L'APPLICATION DES SANCTIONS PREVUES PAR LE CODE DES ASSURANCES :

LA NULLITE DE VOTRE CONTRAT EN CAS DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE (ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES) ; LES COTISATIONS PAYEES SONT ACQUISES A L'ASSUREUR QUI A LE DROIT, A TITRE DE DEDOMMAGEMENT, AU PAIEMENT DE TOUTES COTISATIONS ECHUES ; VOUS DEVEZ ALORS REMBOURSER LES INDEMNITES VERSEES A L'OCCASION DES SINISTRES QUI ONT AFFECTE VOTRE CONTRAT ;

SI LA FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE, CONSTATEE AVANT TOUT SINISTRE, N'EST PAS ETABLIE, AUGMENTATION DE LA COTISATION OU RESILIATION DU CONTRAT (ARTICLE L.113-9 DU CODE DES ASSURANCES) ;

SI LA FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE CONSTATEE APRES SINISTRE N'EST PAS ETABLIE, LA REDUCTION DE VOS INDEMNITES DANS LE RAPPORT ENTRE LA COTISATION PAYEE ET CELLE QUI AURAIT DU L'ETRE SI LA DECLARATION AVAIT ETE CONFORME A LA REALITE (ARTICLE L.113-9 DU CODE DES ASSURANCES).

3.7 Compétence des tribunaux et langue du contrat

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

La langue utilisée au titre du contrat relatif à la présente notice d'information est la langue française.

Section 2 – Les Assurés

4 – Adhérents

Peuvent adhérer au contrat relatif à la présente notice d'information les personnes expatriées âgées de moins de 65 ans, et Adhérents à l'Association Souscriptrice. **Les expatriés doivent avoir souscrit auprès de la Caisse des Français de l'Etranger (CFE) les garanties « maladie – maternité – invalidité » et « accident du travail – maladie professionnelle ».**

Ces personnes doivent, au moment de leur affiliation remplir et signer un bulletin individuel d'affiliation incluant un questionnaire médical. Un examen médical complémentaire peut être demandé par l'Assureur et à ses frais.

5 – Conditions d'admission

L'Assureur se réserve la possibilité de subordonner leur acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

Pour les Adhérents qui ont une couverture santé et une zone géographique équivalentes à la couverture du contrat relatif à la présente notice d'information chez un autre assureur, les délais d'attente ne seront pas appliqués.

Les Adhérents, ainsi que leurs Ayants droit le cas échéant, prennent la qualité d'Assurés une fois admis à l'Assurance. Cette admission se formalise par l'envoi d'une attestation d'assurance.

L'Adhérent s'oblige à justifier à tout moment ses déclarations via l'envoi des justificatifs correspondants à sa situation.

6 – Entrée en vigueur des garanties - Délai d'attente

Lorsque le contrat relatif à la présente notice d'information a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque Adhérent, et le cas échéant les Ayants-

Droit, qui prennent la qualité d'Assurés aux dates suivantes :

6.1. Personne affiliée lors de la prise d'effet du contrat relatif à la présente notice d'information :

- Dès cette dernière date.

6.2 Personne affiliée postérieurement à la date d'effet du contrat relatif à la présente notice d'information :

- A sa date d'entrée dans la catégorie de personnes à assurer mentionnée sur l'attestation d'assurance.

6.3 Les garanties au profit des Ayants-droit de l'Adhérent définis à la Section 6 de la présente notice d'information prennent effet en même temps que celles en faveur de l'Assuré principal ou, postérieurement, dès que les intéressés remplissent les conditions telles qu'elles sont requises.

6.4 Délais d'attente

La prise en charge des frais par l'Assureur entre en vigueur pour chacun des Bénéficiaires admis à l'Assurance après examen et acceptation du questionnaire médical, à la date mentionnée sur l'attestation d'assurance sauf en ce qui concerne les frais suivants pour lesquels s'applique un Délai d'attente qui commence à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion :

Actes soumis à délais d'attente	Durée
Prothèses dentaires	6 mois
Optique	6 mois

Les Délais d'attente sont supprimés :

- Si l'Adhérent peut justifier au moment de l'Adhésion d'une couverture d'assurance équivalente toujours effective et,
- En cas d'interruption de couverture, dans le cadre du contrat faisant l'objet de la présente notice d'information, de moins d'un (1) mois entre deux adhésions ;
- Si les frais à couvrir sont consécutifs à un Accident survenu postérieurement à la date d'admission à l'Assurance.

6.5 Champ d'application territorial des garanties

Les frais médicaux sont remboursables, dans les conditions définies au sein de la présente notice d'information dans l'une des zones suivantes :

Zone G : Pays de l'Espace Economique Européen à l'exclusion du Royaume-Uni,

Zone H : Pays de l'Espace Economique Européen y compris le Royaume-Uni.

Toutefois, lors d'un séjour d'une durée de moins de 7 semaines dans un pays hors de la zone d'expatriation, sont remboursables les seuls frais consécutifs à un Accident ou une maladie présentant un caractère d'Urgence tel que ces termes sont définis dans la présente notice à la condition que le traitement ait été pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, ou que l'Hospitalisation ait été nécessitée par la cause directe de l'Urgence et qu'elle intervienne dans les 24 heures.

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

6.6 Choix de formule

Le choix de la formule est effectué par l'Assuré lors de l'adhésion. L'Assuré a le choix entre les formules suivantes : *, **, *** et ****. Il ne peut être modifié qu'au moment du renouvellement de l'adhésion. En cas de majoration des garanties, l'Adhérent doit remplir un nouveau bulletin individuel d'affiliation et se soumettre aux formalités médicales prévues à l'article 4 de la Section 2.

7 – Cessation ou suspension des garanties.

7.1 Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Assuré une fois admis, ne peut être exclu de l'Assurance contre son gré tant qu'il fait partie de la catégorie de personne assurable au titre du contrat, objet de la présente notice d'information, sous réserve de l'application des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances.

Les garanties cessent en tout état de cause :

7.1.1 Pour chaque Assuré :

- A l'initiative de l'Adhérent en cas de résiliation

annuelle de son contrat d'assurance. Pour cela il doit dans un délai de deux (2) mois avant la date d'échéance informer l'Assureur par l'intermédiaire d'ACS par lettre recommandée,

- En cas de fausse déclaration conformément à l'article 3.6 de la présente notice d'information,
- En cas de décès de l'Adhérent,
- Dès que l'Adhérent cesse d'appartenir à la catégorie de personnes assurées à laquelle le contrat, objet de la présente notice d'information s'applique,
- En cas de non-paiement des cotisations et dans le respect des dispositions correspondantes du Code des assurances,
- A la date à laquelle l'Adhérent n'est plus adhérent à l'Association souscriptrice,
- En cas de dissolution de l'Association souscriptrice ou de liquidation judiciaire de l'Assureur,
- au 31 décembre de l'année de son 70ème anniversaire.

Pour les Ayants-droits, à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions visées à l'article 8.

7.1.2 Pour la totalité des Assurés:

A la date de prise d'effet de la résiliation du contrat, objet de la présente notice d'information, par l'Association souscriptrice ou par l'Assureur.

7.2 Les garanties au profit des Ayants-droit cessent (ou sont suspendues) en même temps que celles de l'Assuré. La cessation (ou la suspension) des garanties entraîne, tant pour l'Assuré que pour les Ayants-droit, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation, même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant ladite date.

Section 3 – Les garanties et prestations

8 – Bénéficiaires des garanties

Sont admissibles au régime frais de santé décrit au contrat, objet de la présente notice d'information :

- soit l'Adhérent seul, bénéficiant des assurances volontaires de la Caisse des Français de l'Etranger pour

les risques « Maladie – Maternité – Invalidité » et « Accident du travail – Maladie professionnelle ».

- soit l'Adhérent bénéficiant des assurances volontaires de la Caisse des Français de l'Étranger pour les risques « Maladie – Maternité – Invalidité » et « Accident du travail – Maladie professionnelle » et les Ayants-droit bénéficiant d'un régime de Sécurité Sociale français ou équivalent.

Dans ce cas, peuvent être inscrits au contrat :

- Le Conjoint (ou Partenaire de PACS) nommément désigné (ou en l'absence de Conjoint ou Partenaire de PACS et sous réserve de la fourniture d'une attestation sur l'honneur de vie commune depuis au moins 6 mois, le Concubin) de l'Adhérent,

- et, à condition qu'ils soient fiscalement à sa charge :

- Ses enfants et ceux du Conjoint de l'Adhérent (ou, en l'absence de Conjoint, ceux du Concubin ou du Partenaire du PACS visé ci-dessus) âgés de moins de 21 ans,
- Ses enfants et, s'ils vivent au foyer, ceux de son Conjoint (ou, en l'absence de Conjoint, ceux de son Concubin ou du Partenaire du PACS visé ci-dessus) âgés de 21 jusqu'au jour de leur 26ème anniversaire, poursuivant des études secondaires ou supérieures (une activité rémunérée est acceptée à la condition qu'elle n'excède pas 3 mois par an).
- Ses enfants quel que soit leur âge s'ils sont physiquement ou mentalement handicapés (la preuve du handicap et de sa persistance devant être fournies à l'Assureur) et qu'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes : ne pas être salariés ou ne pas bénéficier des ressources propres du fait de leur travail, et être à la charge financière de l'Assuré.

Concernant les enfants étudiants, un certificat de scolarité sera requis à l'adhésion et ultérieurement à chaque début d'année scolaire.

Pour être considérés comme Assurés, les Ayants-droit doivent être inscrits sur l'attestation d'assurance. Les garanties cessent pour les Ayants-droit dès la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions définies ci-dessus.

Les garanties sont dues au titre des actes, soins et

séjours en Hospitalisation intervenus pendant la période durant laquelle le Bénéficiaire appartient à l'une des catégories susvisées.

9 – Prestations garanties

9.1 Nature

9.1.1 La garantie consiste à rembourser les frais de santé engagés par l'Assuré, en complément des assurances volontaires « maladie – maternité – invalidité » proposées par la Caisse des Français de l'Étranger (CFE).

Les soins doivent être reconnus par les autorités médicales locales et prodigués par des praticiens exerçant dans le champ de leur agrément (en règle vis à vis des dispositions législatives, réglementaires ou autres concernant l'exercice de la profession dans le pays concerné).

Si l'un des Bénéficiaires de l'Assuré est couvert par un régime de Sécurité sociale français ou équivalent, des prestations le concernant seront déduites des prestations reçues de la part de cet organisme.

Si le Conjoint (ou Partenaire de PACS ou Concubin) est salarié, les prestations versées par l'Assureur sont complémentaires à celles de tout régime Frais de Santé dont il pourrait bénéficier personnellement.

9.1.2 Il est précisé qu'en cas d'Hospitalisation, sont garantis les frais portant sur :

- L'Hospitalisation médicale en établissement public ou privé,
- L'Hospitalisation et l'Intervention Chirurgicales. Les actes dispensés sous anesthésie générale ou concernant la chirurgie des traumatismes et les actes de chirurgie effectués sous anesthésie locale sont réputés actes de chirurgie,
- Les Interventions médicales et paramédicales annexes effectuées dans le cadre d'une Hospitalisation,
- Le transport du malade en ambulance.

Le transport local d'urgence par ambulance est couvert, à l'intérieur d'un même pays, en cas d'Hospitalisation entre la résidence du malade ou le

lieu de l'Accident et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays. Il est également couvert si l'état du malade nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement le plus proche.

Pour toute Hospitalisation, une autorisation préalable de l'Assureur est requise, sauf en cas d'Hospitalisation d'urgence telle que définie à la Section 6.

9.1.3 Dans les autres cas, les garanties sont définies au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

9.2 Montant des prestations

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais dans la limite du raisonnable et de l'habituel et selon les modalités prévues dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

Le coût « **raisonnable et habituel** » est le montant le plus bas entre le coût demandé par le prestataire et le coût qui prévaut dans la même région pour un service semblable offert par des prestataires de niveau professionnel identique. Le coût « raisonnable et habituel » d'un service varie suivant le type de traitement, la qualité du service et de l'équipement, le lieu et le pays où les soins sont reçus. L'Assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais de santé et coûts annexes, ainsi que la durée de l'Hospitalisation, à ce qui prévaut généralement dans la région où le patient est traité.

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

Le montant des prestations est, en tout état de cause, limité à la différence entre les frais réels engagés et les prestations servies par tout organisme dont pourrait relever l'intéressé.

9.3 Déclaration des sinistres

En cas d'hospitalisation l'Assuré peut obtenir une prise en charge, afin de lui éviter l'avance des fonds en nous appelant au +33 (0) 1 84 79 08 80 (ou par fax au +33 (0) 1 77 68 01 68 ou par e-mail :

hospi@medical-administrators.com).

Pour les autres frais, les documents sont à adresser à MAI – Service remboursement Frais Médicaux - 37, rue Anatole France – 92300 Levallois-Perret - FRANCE – Téléphone : 00 33 (0) 1 84 79 08 80 / Email : acs@medical-administrators.com.

La déclaration est accompagnée des pièces justificatives demandées par l'Assureur. Aucune copie, photocopie ou duplicata de factures n'est acceptée.

Par exception, les copies scannées envoyées par Email sont autorisées pour toute facture dont le montant est inférieur à **500 euros par facture**, sous réserve que l'Assuré conserve les originaux. Dans ce cas, l'Assuré doit conserver les originaux pendant une durée de 24 mois à compter de la date de traitement. Pendant cette période, l'Assureur est susceptible de réclamer les originaux, en l'absence desquels le remboursement effectué pourrait être remis en cause.

L'Assureur se réserve le droit de demander à tout Assuré que celui-ci lui fournisse l'ensemble des informations nécessaires au traitement de ses données personnelles et relatives aux demandes de remboursement. L'Assureur pourra pour ce faire avoir accès à ses dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

IL EST PRECISÉ QUE L'ADHÉRENT QUI NE RÉPOND PAS AUX DEMANDES DE PIÈCES COMPLÉMENTAIRES ET/OU QUI NE RENVOIE PAS LES FORMULAIRES DE GESTION DUMENT REMPLIS VERRA SA DEMANDE SUSPENDUE, SAUF ACCORD DE L'ASSUREUR.

Toute information fournie par un Assuré qui s'avérera erronée, falsifiée, exagérée, ou encore tous agissements frauduleux ou dolosifs de leur part entraîneront la responsabilité directe de l'Assuré et le remboursement des sommes indûment payées par l'Assureur sur la base de ces données incorrectes.

9.4 Justificatifs à fournir

En cas d'Hospitalisation : les justificatifs de l'Hospitalisation (factures, notes d'honoraires),

- En cas de maladie : les factures détaillées avec ordonnances et feuilles de soins,
- En cas d'accouchement à domicile : un extrait d'acte de naissance de l'enfant.

L'Assureur peut demander tout autre justificatif destiné à compléter le dossier.

En cas d'Hospitalisation, d'acte chirurgical, de radiographie ou de traitement médical, un certificat médical doit préalablement nous être demandé. Il nous sera retourné après avoir été rempli par le médecin de l'Assuré. Tout manquement à cette obligation pourrait entraîner un refus de prise en charge.

10 - Acceptation préalable – Limitation aux frais réels

10.1 Acceptation préalable

Le remboursement des frais est subordonné à l'acceptation préalable de l'Assureur, à moins qu'il y ait eu Urgence caractérisée, dans les cas énumérés ci-après :

- Toute Hospitalisation,
- Les Frais d'accouchement,
- Les soins de rééducation physique immédiatement après une Hospitalisation
- L'IRM
- La physiothérapie (au-delà de 10 séances)
- La kinésithérapie
- La chiropraxie
- L'ostéopathie
- L'homéopathie
- L'acupuncture

Sauf en cas d'Urgence, chaque admission en Hôpital doit être notifiée à l'Assureur au moins quinze (15) jours ouvrés avant que l'admission ait effectivement eu lieu.

L'acceptation de l'Assureur est communiquée sous un délai de cinq (5) jours ouvrés qui suivent la date de réception de la demande.

Dans l'hypothèse où la demande d'accord préalable n'a pas été effectuée et si par la suite le traitement s'avère médicalement nécessaire, et dans ce cas seulement, l'Assureur ne remboursera alors que 80% des dépenses hospitalières facturées sur la base d'un

tarif raisonnable et habituel et 50% du montant exigible pour toute autre prestation du même ordre qui auraient dû être remboursées.

L'accord préalable n'est pas nécessaire en cas d'Urgence telle que définie à la présente notice d'information. Toutefois, il conviendra d'aviser l'Assureur dans les 48 heures, ou dès que possible en cas de force majeure telle que définie par la jurisprudence de la Cour de cassation. Les dispositions relatives aux frais raisonnables et habituels dans le pays où les soins sont prodigués s'appliquent dans tous les cas.

10.2 Limitation aux frais réels

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

Conformément à l'article 2 alinéa 1 du décret n°90-769 du 30 Août 1990, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat peut obtenir une indemnisation complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s).

La limitation au montant des frais restant à charge de l'Assuré est déterminée par l'Assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

Le Bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, dans les meilleurs délais, à l'Assureur, les indemnités trop perçues. L'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à l'Adhérent.

Section 4 – Risques et prestations exclues

Risques exclus

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

- une maladie ou un Accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat ou d'un mouvement populaire, sauf si l'Assuré ne prend pas une part active à l'événement,
- tout acte intentionnel pouvant entraîner la garantie du contrat relatif à la présente notice d'information et toute conséquence d'une procédure pénale dont l'Assuré fait l'objet,
- un sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier les garanties sur un ou des territoires déterminés, moyennant un préavis de quinze (15) jours à l'Association souscriptrice.

Prestations exclues

Il est précisé que ne sont pas pris en charge par le contrat relatif à la présente notice d'information :

- les traitements en dehors de la zone choisie, sauf cas prévus dans le chapitre Champ d'application territorial des garanties,
- toute forme de traitement expérimental ou non contrôlé qui ne suit pas les pratiques communément acceptées, coutumières ou traditionnelles de la médecine, sauf sur consentement spécifique de la part de l'Assureur,
- les frais annexes ou de confort en cas d'Hospitalisation (téléphone, télévision...),
- les traitements liés à la toxicomanie ou à l'alcoolisme,
- les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe (à l'exception de la greffe d'organe elle-même),
- toute opération ou traitement lié au changement de sexe,
- les traitements esthétiques, cures de rajeunissement, cures d'amaigrissement,
- les vérifications, études, traitements et complications liés à la stérilité, la stérilisation, les

dysfonctionnements sexuels, la contraception y compris l'insertion ou l'enlèvement d'appareil(s) contraceptif(s), l'interruption volontaire de grossesse sauf dans le cas d'une interruption de grossesse médicalement nécessaire intervenant dans le respect de la législation locale,

- toute chirurgie électorale/volontaire et/ou chirurgie plastique/esthétique,
- les cures thermales,
- les frais médicaux liés à un séjour en centre de thalassothérapie et centre de remise en forme et maison de repos même si ce séjour est médicalement prescrit,
- les frais médicaux liés à un séjour en maison de repos et maison de convalescence même si ce séjour est médicalement prescrit (à l'exception des centres de rééducation immédiatement suite à une Hospitalisation),
- les consultations externes en matière de psychothérapie, psychanalyse et de traitement, ainsi que les médicaments qui leur sont liés,
- les consultations, traitements et complications liés à la perte ou à l'implant de cheveux à moins que ce traitement ne soit lié à une perte des cheveux causée par une maladie grave,
- les traitements en vue de modifier la réfraction d'un oeil ou des yeux (correction oculaire au laser), y compris la kératotomie réfractive (KR) et la kératotomie photo réfractive (KPR), sauf cas prévus dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'information,
- les médicaments sans ordonnance, et les produits non médicamenteux d'usage courant tels que l'alcool médical, le coton hydrophile, les crèmes solaires, les produits d'hygiène dentaire, les pansements, les shampooings,
- les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de la cessation des garanties
- les frais engagés dans les délais d'attente.

Section 5 – Les cotisations

11 – Calcul et règlement des cotisations

11.1 Modalité de paiement des cotisations par l'Adhérent

L'âge pris en compte pour le paiement des cotisations correspond à l'âge calculé par soustraction de l'année de naissance à l'année d'affiliation. Ce montant sera révisé au renouvellement annuel effectif au 1^{er} Janvier de chaque année en fonction de l'âge atteint.

Les cotisations sont dues par l'Adhérent et sont payables d'avance en Euros (€) **annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement** par l'Adhérent à l'Association souscriptrice selon les modalités définies par cette dernière. Les éventuels taxes et les frais déterminés par la législation en vigueur seront ajoutés au montant de la cotisation et devront être intégralement réglés par l'Adhérent.

11.2 Révision et indexation annuelle des cotisations

Les taux de cotisations peuvent être modifiés périodiquement à chaque échéance annuelle en fonction de l'évolution démographique, en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires, des paramètres utilisés par la Sécurité sociale, de l'examen des questionnaires de santé et des résultats du contrat.

Lorsqu'une nouvelle tarification est établie par l'Assureur, celle-ci doit être notifiée à l'Association souscriptrice quatre (4) mois avant la date prévue pour le renouvellement. **L'Association souscriptrice est tenue d'informer l'Adhérent trois (3) mois avant leur entrée en vigueur.**

En cas de désaccord, l'Adhérent pourra demander la résiliation de son attestation d'assurance par lettre recommandée **dans un délai de deux (2) mois à compter de la notification par l'Association souscriptrice.** La résiliation prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la lettre recommandée par l'Assureur.

11.3 Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent, au moins dix (10) jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours suivant

l'envoi de la lettre, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, sa radiation du contrat, objet de la présente notice d'information.

Section 6 – Les définitions

Les termes et expressions utilisés dans la présente notice d'information ont le sens mentionné ci-dessous :

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

Adhérent : est le membre de l'Association Souscriptrice ayant adhéré au contrat, objet de la présente notice d'information, et acquittant sa cotisation.

Admission explicite à l'Hôpital :

- (i) Pour un séjour de plus de 24 heures, l'admission explicite à l'Hôpital est le document formel émis par l'Hôpital ou tout centre prodiguant des soins hospitaliers à un patient qui se voit attribuer une chambre et des repas ainsi que des soins infirmiers continus à l'Hôpital au sein duquel le patient passe au moins une nuit.
- (ii) Pour un séjour de moins de 24 heures relativement à des actes chirurgicaux, l'admission à l'Hôpital est le document formel indiquant que le patient bénéficie de soins infirmiers et se voit attribuer un lit alors même qu'il ne passe pas la nuit à l'Hôpital.
- (iii) Pour un séjour de moins de 24 heures relativement à des actes non chirurgicaux, l'admission à l'Hôpital est le document formel indiquant que le patient est rentré à l'Hôpital pour moins de 24 heures pour suivre un traitement de chimiothérapie, radiothérapie ou de dialyses. Le patient a effectué son traitement à l'Hôpital et le quitte une fois celui-ci terminé.

Assuré : est celui sur la tête duquel repose le risque assuré. Au titre du contrat, objet de la présente notice d'information, il s'agit de l'Adhérent et, le cas échéant, ses Ayants Droits inscrit au contrat.

Ayants Droit : la personne assurée à qui sont dues les

prestations versées par l'Assureur au titre de ce contrat en cas de réalisation du risque.

Assureur : l'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de **MFP Révoyance** (Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance, entreprise régie par le Code des Assurances, au capital de 81 773 850 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le numéro 507 648 053. Siège Social : 62 rue Jeanne d'Arc – 75640 Paris Cedex 13) au titre du contrat, objet de la présente notice d'information.

Association souscriptrice : la personne morale qui signe le contrat, objet de la notice d'information, au bénéfice de ses Adhérents. Il s'agit de L'ASSOCIATION POUR LA MOBILITÉ INTERNATIONALE (AMI), régie par la loi du 1er Juillet 1901, dont le siège social est : 153 rue de l'Université, 75007 Paris, SIRET numéro 497 959 437 000 11.

Auxiliaires médicaux : infirmiers, aides-soignants et autre personnel médical diplômé d'Etat.

Concubin : est la personne de sexe différent ou de même sexe vivant en couple avec l'Adhérent dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).

Conjoint : est la personne mariée à l'Assuré, non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée. Il s'agit d'une union légalement constatée entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe. Dans le contrat relatif à la présente notice d'information, le Partenaire de PACS ou le Concubin sont assimilés au Conjoint.

Délai d'attente : période pendant laquelle l'Assuré n'a pas droit à certaines prestations.

Déléataire de gestion : personne morale qui se voit confier par l'Assureur, pour une durée limitée éventuellement reconductible, la réalisation, pour son compte, d'actes juridiques, de prestations ou d'activités déterminées concourant à l'accomplissement de ses missions. Dans le cadre du contrat, objet de la présente notice d'information, il s'agit d'**ACS**, 153 rue de l'Université, 75007 Paris.

Frais d'accouchement : frais médicaux (incluant

chambre particulière) engagés relatifs à l'accouchement vaginal. Toute complication, incluant la césarienne si médicalement nécessaire, sera prise en charge par la garantie « Hospitalisation ».

Frais du parent accompagnant un enfant de moins de 16 ans : prix de la chambre d'Hôpital pour un parent durant l'admission de l'enfant assuré à l'Hôpital pour un traitement. Si un lit d'Hôpital n'est pas disponible, l'Assureur prend à ses frais l'équivalent d'une chambre à concurrence des montants indiqués. Les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts.

Franchise : partie de l'indemnité restant à la charge de l'Assuré.

Hôpital/Etablissement régulièrement autorisé : désigne une institution légalement agréée comme hôpital médical ou chirurgical dans le pays où elle est située, placée sous le contrôle permanent d'un médecin résident. Ne sont pas considérés comme des hôpitaux les maisons de repos et de soins, thermes, centre de cure et de remise en forme.

Hospitalisation :

(i) Les séjours de plus de 24 heures pour des traitements médicaux ou des Interventions Chirurgicales en établissement public ou privé suite à un Accident ou à une maladie, dès lors que l'Assuré a fait l'objet d'une Admission Explicite à l'Hôpital. Sont alors couverts :

- l'Intervention Chirurgicale et les frais de séjour correspondants,
- les frais médicaux et paramédicaux annexes effectués dans le cadre d'une Hospitalisation,
- le transport du malade entre la résidence du malade ou le lieu de l'Accident et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays.

(ii) Les séjours de moins de 24 heures, lorsque l'Assuré a fait l'objet d'une Admission Explicite à l'Hôpital, en cas :

- d'Interventions Chirurgicales,
- d'actes de fibroscopie, coloscopie, endoscopie, ou
- de chimiothérapie, radiothérapie ou dialyses.

Les séjours de moins de 24 heures pour des actes

établis dans les services d'urgence des Hôpitaux ne donnant pas lieu à Intervention Chirurgicale, sont considérés comme des soins ambulatoires et ne rentrent pas dans le champ du poste Hospitalisation.

Intervention Chirurgicale : Les actes dispensés sous anesthésie (générale ou locale) ou l'atteinte d'un organe à traiter après incision, sont réputés actes de chirurgie.

Lunettes et lentilles de contact prescrites : prise en charge d'un examen des yeux par année d'assurance par un optométriste ou un ophtalmologiste et d'autre part des lentilles de contact ou des lunettes afin de corriger la vue.

Médicaments prescrits : désignent les médicaments dont la vente et l'utilisation sont légalement soumises à l'ordonnance d'un médecin. Les produits qu'il est possible d'acheter sans ordonnance médicale ne sont pas inclus dans cette définition et ne sont pas remboursables.

Orthopédie dento-faciale : usage d'appareils pour corriger une malocclusion et replacer les dents à une fonction et à un alignement correct.

Partenaire de Pacs : la personne liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) en cours de validité, conclu conformément à l'article L.515-1 du Code civil.

Prescription : délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits.

Pays d'origine : est considéré comme pays d'origine celui figurant sur le passeport des Bénéficiaires et/ou le pays déclaré comme pays d'origine sur le bulletin individuel d'affiliation.

Pays de résidence : le pays, hors du Pays d'origine, dans lequel l'Assuré a sa résidence habituelle.

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

Prothèses dentaires : soins prosthétiques, y compris

pose de couronnes, d'inlays, d'onlays, de reconstruction ou de réparation collées, de bridge, d'incrustations et d'implants, ainsi que tous les traitements nécessaires et annexes au traitement lorsque la couverture dentaire est prévue.

Soins dentaires : comprend un bilan dentaire annuel, des plombages simples liés aux caries ou une dévitalisation dentaire.

Urgence : terme utilisé en cas d'Accident ou de commencement d'une maladie grave nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Assuré ou de l'une des personnes à sa charge. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste ou une Hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre (24) heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.

Pour la garantie *, les traitements d'urgence sont limités à l'hospitalisation.

Tableau des garanties en complément de la CFE annexé à la présente notice d'information

Niveau de couverture	*	**	***	****
Limite maximale par bénéficiaire par année civile	500 000 euros	1 000 000 euros	1 500 000 euros	2 000 000 euros
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (accord préalable)				
Frais de séjour	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Médecine ambulatoire hospitalière	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Forfait hospitalier	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Psychiatrie	Non couvert	Non couvert	100% des frais réels max. 3 000 € / an	100% des frais réels max. 5 000 € / an
Supplément chambre particulière (niveau standard à l'exclusion de tout autre)	50 €/jour max 21 jours/hospitalisation	75 €/jour max 21 jours/hospitalisation	100 €/jour max 21 jours/hospitalisation	150 €/jour max 21 jours/hospitalisation
Lit accompagnant pour Hospitalisation (enfant de moins de 16 ans)	100% des frais réels limités 25 €/jour max 21 jours/hospitalisation	100% des frais réels max. 35 €/jour max 21 jours/hospitalisation	100% des frais réels max. 45 €/jour max 21 jours/hospitalisation	100% des frais réels max. 60 €/jour max 21 jours/hospitalisation
Transport local en ambulance (si médicalement justifié)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Chirurgie réparatrice dentaire suite à un <i>Accident</i> survenu pendant la période d'assurance	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Soins ambulatoires pré/post hospitalisation (jusqu'à 30 jours avant et 90 jours suivant l'hospitalisation)	100% des frais réels dans la limite de 1 000 €/an	Inclus dans le poste « frais médicaux courants » ci-après	Inclus dans le poste « frais médicaux courants » ci-après	Inclus dans le poste « frais médicaux courants » ci-après
Accouchement (incluant la chambre particulière)	Non couvert	Non couvert	100% des frais réels Max. 4 000 € / an	100% des frais réels Max. 6 000 € / an
Procréation médicalement assistée (PMA)	Non couvert	Non couvert	Non couvert	100% des frais réels limités à 300 € / tentative max 3 tentatives sur toute la durée de vie du contrat
FRAIS MEDICAUX COURANTS				
Consultations médicales et visites (hors dentistes)	Non couvert	90% des frais réels max 40 € pour un généraliste max 60 € pour un spécialiste	100% des frais réels max 60 € pour un généraliste max 90 € pour un spécialiste	100% des frais réels max 100 € pour un généraliste max 150 € pour un spécialiste
Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes,		90% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels

orthoptistes, pédicures podologues)	Non couvert			
Biologie médicale		90 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Radiologie, imagerie médicale		90 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Frais pharmaceutiques		90 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Médecine alternative (acupuncture, chiropraxie, homéopathie, psychothérapie)		Non couvert	100 % des frais réels max 30 € par séance max 5 séances /an	100 % des frais réels max 50 € par séance max 10 séances /an
AUTRES				
Autre prothèses (appareils de surdité, prothèses orthopédiques...) Plafond par prothèse	Non couvert	90 % des frais réels max. 300 euros / an	100 % des frais réels max. 600 euros / an	100 % des frais réels max. 1 000 euros / an
MEDECINE PREVENTIVE				
Vaccins, antipaludiques et produits pharmaceutiques préventifs (si obligatoire ou recommandé)	Non couvert	Non couvert	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Bilans de santé (y compris bilan de pré-expatriation)		Non couvert	Non couvert	100 % des frais réels max. 300 euros (1 bilan tous les 3 ans)
OPTIQUE				
Verres, montures, lentilles (y compris lentilles jetables médicalement prescrites)	Non couvert	Non couvert	100 % des frais réels max. 300 euros / an	100 % des frais réels max. 500 euros / an
Chirurgie laser (correction de la myopie, hypermétropie et astigmatisme)	Non couvert	Non couvert	Non couvert	100 % des frais réels max. 300 euros / an
DENTAIRE				
PLAFOND ANNUEL DENTAIRE			Max 1 500 € / an	Max 2 500 € / an
Consultations et soins dentaires (soins conservateurs et chirurgicaux, y compris gingivectomie)	Non couvert	Non couvert	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Greffes osseuses, parodontologie	Non couvert	Non couvert	Non couvert	Non couvert
Orthodontie (si traitement débuté avant 16 ans)	Non couvert	Non couvert	100 % des frais réels Max. 800 €/ an	100 % des frais réels Max. 1 200 €/ an
Prothèses dentaires	Non couvert	Non couvert	100 % des frais réels max. 400 €/ dent et max. 3 dents/ an	100 % des frais réels max. 500 €/ dent et max. 4 dents/ an
Implants dentaires	Non couvert	Non couvert	Non couvert	



MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,
au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances,
RCS 507 648 053 PARIS, Siège social :
62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13