

RESUME DE GARANTIES

Pour le personnel international

Régime PREVINTER n°11665/8 & 11665/9

Frais de santé au 1^{er} euro





I SOMMAIRE

1	Qui bénéficie du régime Frais de santé ?.....	3
2	Effet et durée du régime Frais de santé	4
3	Votre régime Frais de santé.....	5
4	Vos niveaux de prestations	7
5	Maintien du régime Frais de santé	9
6	Exclusions.....	11

Votre employeur a adhéré à l'Association PREVINTER* pour vous faire bénéficier, tout au long de votre mission, d'un régime d'assurance couvrant vos frais de santé dans le monde entier.

L'objet de ce résumé de garanties est de vous présenter les prestations santé et les conditions spécifiques auxquelles vous avez droit.

Les modalités d'application et services dont vous pouvez bénéficier vous sont expliqués dans le Guide Pratique qui vous a été remis à votre affiliation, et également disponible sur votre Espace Assuré personnalisé du site www.previnter-mb.com.

Votre contrat d'assurance est géré par MSH INTERNATIONAL, auquel PREVINTER a confié sa gestion.

Vous pouvez contacter le centre de gestion à tout moment (voir toutes les coordonnées sur votre Espace Assuré personnalisé du site www.previnter-mb.com) et utiliser les services disponibles dans votre Espace Assuré.

Ce document est un résumé des principales dispositions du contrat AXA / PREVINTER n° 080474/501.

Il ne peut en aucun cas engager la responsabilité de l'assureur, de l'entreprise adhérente, de PREVINTER et de MSH INTERNATIONAL. **Seuls le contrat et la notice d'information font foi entre les parties.**

** PREVINTER est une association indépendante, sans but lucratif, offrant aux entreprises membres les moyens d'optimiser la protection sociale de leur personnel en mobilité internationale.*



1 Qui bénéficie du régime frais de santé ?

- ▶ **VOUS**, en tant que salarié de la société adhérente (personnel salarié expatrié, détaché, ou impatrié).
- ▶ **VOS AYANTS DROIT** :
 - **Votre conjoint** non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif (ou, en l'absence de conjoint et sous réserve de la présentation d'un certificat de concubinage notoire, d'une attestation sur l'honneur de vie commune ou d'une copie du P.A.C.S, votre concubin, ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité « P.A.C.S. »).
 - **Vos enfants**, et/ou ceux de votre conjoint (ou en l'absence de conjoint, de votre concubin ou partenaire), à la condition qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée et soient effectivement à votre charge :
 - âgés de moins de 21 ans,
 - âgés de 21 ans à moins de 26 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures (un certificat de scolarité est requis à l'adhésion et ultérieurement à chaque début d'année universitaire) - une activité rémunérée est acceptée à la condition qu'elle n'excède pas trois mois par an – ou en formation en alternance rémunérés par leur école, effectuant un stage rémunéré en entreprise dans le cadre de leur scolarité, sous contrat d'apprentissage, de qualification ou d'orientation, sous réserve que la rémunération mensuelle n'excède pas 815 euros.
 - **Vos enfants**, quel que soit leur âge, lorsqu'ils perçoivent l'une des allocations prévues par la Loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées, sous réserve, s'agissant d'un enfant âgé de plus de 20 ans, qu'il ait été allocataire avant son 20^{ème} anniversaire (la preuve du handicap est requise à l'adhésion et doit être régulièrement soumise à vérification sur demande de PREVINTER).

COMMENT Y ADHERER ?

Votre employeur vous pré-affilie en ligne sur son espace Entreprise.

Un e-mail comportant **vos identifiants provisoires** vous est ensuite envoyé pour que vous puissiez vous connecter à www.previnter-mb.com.

Complétez-la demande de pré-affiliation avec attention, validez-la et retournez-nous, le cas échéant, les pièces nécessaires à votre affiliation. Une fois votre affiliation effective, un e-mail de confirmation vous est envoyé comportant **vos identifiants définitifs** pour accéder à votre espace assuré personnalisé du site www.previnter-mb.com.



2 Effet et durée du régime frais de santé

I EFFET

Votre affiliation à l'assurance a lieu dès votre entrée dans la catégorie assurée et, au plus tôt, à la date d'effet du certificat d'adhésion de l'entreprise adhérente, sous réserve que votre contrat de travail soit en vigueur.

Vos ayants droit bénéficient du même régime frais de santé à la date où ils acquièrent cette qualité, et au plus tôt à votre affiliation.

I DURÉE

Le bénéfice du régime frais de santé cesse en tout état de cause :

- ▶ pour chaque salarié et par voie de conséquence pour les ayants droit à la même date :
 - le jour de la rupture du contrat de travail, par exemple en cas de démission, de licenciement, de mise en retraite,
 - à la date à laquelle le salarié ne fait plus partie des effectifs salariaux de l'entreprise adhérente,
 - à la date de liquidation d'une pension de vieillesse ou assimilée.

- ▶ pour l'ensemble des salariés d'une entreprise adhérente, ainsi que leurs ayants droit:
 - à la date de résiliation du contrat par l'entreprise adhérente, PREVINTER ou l'assureur.



3 Votre régime frais de santé

MODALITES D'INTERVENTION

Pendant votre période d'affiliation, vos dépenses de santé sont remboursées au premier euro (€) dans le monde entier.

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 leur profession dans le pays concerné).

Les dépenses de santé sont remboursées en complément des remboursements éventuels de tout organisme de Sécurité sociale (français ou étranger) ou d'une autre assurance dont vous pouvez relever.

MODALITES D'INTERVENTION POUR VOS AYANTS-DROIT

Le régime frais de santé PREVINTER intervient en complément d'un régime de base pour :

- vos enfants poursuivant des études secondaires ou supérieures. Ils doivent adhérer, quand cela est possible, à la Sécurité sociale des Etudiants du pays dans lequel ils étudient.
- votre conjoint, concubin, ou partenaire lié par un P.A.C.S. restant dans le pays d'origine et affilié à un régime de Sécurité sociale. Ils doivent communiquer leur numéro d'assuré social au centre de gestion.

ETENDUE

Vos frais de santé doivent avoir été exposés :

- dans le pays d'expatriation ou dans le pays d'origine,
- dans un pays tiers :
 - lors d'un déplacement professionnel,
 - lors d'un déplacement non professionnel, pour les seuls frais consécutifs à un accident survenu ou à une maladie inopinée apparue au cours dudit déplacement.

► Par « **accident** », il faut entendre toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, extérieur et indépendant de la volonté de la victime.

► Par « **maladie inopinée** », il faut entendre une maladie soudaine qui ne doit pas avoir de lien de cause à effet avec le motif d'une maladie ou d'une hospitalisation antérieure à la date de départ en déplacement.

Dans les pays suivants les seuls frais consécutifs à un accident ou à une maladie inopinée seront pris en charge : USA, Canada, Royaume-Uni, Suisse, Hong-Kong, Singapour, Japon.



I NOTION DE RAISONNABLE ET HABITUEL

Les prestations s'entendent **dans la limite du coût « raisonnable et habituel »** et des plafonds indiqués dans le tableau ci-après.

Le coût raisonnable et habituel correspond aux normes du pays ou de la ville où a lieu la prestation médicale et tient compte de la nature de l'acte et du type de traitement.

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.

Aux Etats-Unis par exemple, les UCR Fees (Usual and Customary Reasonable Fees) sont déterminés selon les CPT Code du Physician Guide (Current Procedural Terminology).

En France, la référence se fait par rapport à la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

Vous êtes libre dans le choix de vos médecins et de vos établissements hospitaliers.

Néanmoins, le caractère déraisonnable et inhabituel peut entraîner un refus de prise en charge ou une limitation du montant du remboursement.

BON A SAVOIR

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à consulter la rubrique Santé Expat sur votre Espace Assuré du site Internet www.previnter-mb.com, ainsi que le guide pratique qui vous a été remis à votre affiliation.



4 Vos niveaux de prestation

HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frais de séjour / Médecine ambulatoire hospitalière / Forfait hospitalier ▪ Supplément Chambre Particulière de niveau standard à l'exclusion de toute autre ▪ Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans ▪ Transport en ambulance terrestre (si médicalement justifié) ▪ Chirurgie réparatrice 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% des frais réels ▪ 100% des frais réels ▪ 100% des frais réels dans la limite de 40 € par jour et pendant 21 jours au maximum ▪ 100% des frais réels (vers l'hôpital le plus proche) ▪ 100 % des frais réels si faisant suite à un accident survenu pendant la période d'assurance
MEDECINE AMBULATOIRE COURANTE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultations et visites (sauf dentistes) ▪ Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...) ▪ Biologie médicale ▪ Radiologie, Imagerie médicale ▪ Frais pharmaceutiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% des frais réels ▪ 100% des frais réels ▪ 100% des frais réels ▪ 100% des frais réels ▪ 100% des frais réels
MEDECINE ALTERNATIVE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acupuncture, Ostéopathie, Chiropractie, Homéopathie, Psychothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100 % des frais réels dans la limite de 10 séances par bénéficiaire par année civile (toutes médecines confondues)
MEDECINE PREVENTIVE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaccins, antipaludiques et produits pharmaceutiques préventifs ▪ Bilans de santé (y compris le bilan de pré-expatriation) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% des frais réels si obligatoires ou recommandés ▪ 100% des frais réels dans la limite de 1 bilan de santé par bénéficiaire et par année civile
OPTIQUE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verres, montures, lentilles (y compris lentilles jetables médicalement prescrites) ▪ Chirurgie au laser (correction de la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% des frais réels dans la limite de 500 € par bénéficiaire par année civile ▪ 100% des frais réels dans la limite de 700 € par œil, et une opération par œil pour toute la durée du contrat



DENTAIRE

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultations, Soins dentaires (conservateurs et chirurgicaux), Greffes osseuses, Parodontologie ▪ Prothèses dentaires, Implants dentaires | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% des frais réels dans la limite de 2.500 € par bénéficiaire par année civile ▪ 100% des frais réels dans la limite de 600 € par dent et par prothèse, majoré de 600 € par dent et par implant. Le cumul des prestations est limité à 3.000 € par bénéficiaire par année civile |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orthodontie (traitement débuté avant le 16^{ème} anniversaire) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% des frais réels dans la limite de 2.000 € par bénéficiaire par année civile (3 ans maximum pour toute la durée du contrat) |

AUTRES PROTHESES

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appareils de surdité, prothèses orthopédiques | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% des frais réels |
|---|--|

MATERNITE

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accouchement ▪ Examens pré et post accouchement ▪ Frais de chambre particulière | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% des frais réels ▪ Voir poste « médecine ambulatoire courante » ▪ Voir poste « hospitalisation médicale et chirurgicale » |
|---|---|

PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100 % des frais réels dans la limite de 3.000 € par tentative avec un maximum de 4 tentatives pour toute la durée du contrat |
|--|



5 Maintien du régime frais de santé

Le régime PREVINTER continue de garantir le remboursement de vos frais de santé au niveau d'intervention de la Sécurité sociale française (et dans le cadre du parcours de soins pour les dépenses effectuées en France), dans les situations suivantes :

I EN CAS DE DECES, DE DIVORCE OU DE SEPARATION JUDICIAIRE

Vos ayants droit continuent d'être couverts pendant une durée maximale de 3 mois, et ce à la condition qu'ils ne bénéficient pas d'un régime public de Sécurité sociale ou d'un autre organisme privé.

Ce maintien cesse :

- en cas de déclaration par l'assuré d'un nouveau conjoint (concubin ou partenaire),
- en cas mariage, remariage ou conclusion d'un P.A.C.S. ou déclaration de concubinage de l'ayant droit bénéficiant de ce maintien,
- à l'issue de la période maximale de 3 mois.

I EN CAS DE RETOUR EN FIN DE MISSION

Dans le cadre d'un retour soit dans le pays dont vous êtes ressortissant, soit dans celui où vous résidiez habituellement avant votre départ en mission, vous et vos ayants droit continuez d'être couverts pendant une durée maximale de 3 mois jusqu'à ce que vous retrouviez vos droits à prestations auprès du régime public de Sécurité sociale de votre pays.

Ce maintien cesse :

- dès l'ouverture de vos droits à un régime public de Sécurité sociale ou autre en tant que salarié ou ayant droit d'un assuré social,
- à la date de liquidation d'une pension de vieillesse ou assimilée,
- à l'issue de la période maximale de 3 mois.

I EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITE PERMANENTE INDEMNISE PAR PREVINTER

► **Contrat de travail non rompu** : vous et vos ayants droit continuez d'être couverts à hauteur des prestations du présent régime frais de santé.

Ce maintien cesse :

- dès que vous percevez de nouveau un salaire (même partiel),
- à la date de rupture du contrat de travail,
- à la date de liquidation d'une pension de vieillesse ou assimilée.



- ▶ **Contrat de travail rompu** : vous et vos ayants droit continuez d'être couverts, au niveau d'intervention de la Sécurité sociale française, à condition que vous ne bénéficiiez à aucun titre des prestations en nature de la Sécurité sociale française ou de tout autre régime.

Ce maintien cesse :

- dès que vous percevez de nouveau un salaire (même partiel),
- à la date de liquidation d'une pension de vieillesse ou assimilée.

Ces maintiens cessent en tout état de cause à la résiliation de l'adhésion par l'entreprise adhérente, PREVINTER ou l'assureur.



6 Exclusions

Certains soins ne sont pas couverts par le régime PREVINTER.

I SONT EXCLUS :

- Les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux Français (CCAM) ainsi que les actes non pris en charge ou ne faisant l'objet d'aucun tarif dans cette Classification, à l'exception des traitements et actes pris en charge par le présent contrat,
- La part des dépenses remboursées ou remboursables par tout organisme de protection sociale (ex. Sécurité Sociale) ou par un autre contrat d'assurance,
- La minoration du remboursement de la Sécurité Sociale Française et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni la participation forfaitaire prévue au titre du II de l'article L322.2 du Code de la Sécurité Sociale Française.
- Les soins prodigués dans un hôpital ou un établissement médical public qui seraient pratiqués gratuitement en l'absence de la présente convention,
- Les actes effectués par une personne ne disposant pas des diplômes requis,
- Tout soin non prescrit par un médecin ou inutile du strict point de vue médical,
- Tout soin médical ou dentaire qui ne répond pas aux normes professionnelles,
- Les actes pour lesquels l'Assuré n'a pas fait la demande d'entente préalable nécessaire, ou dont la demande préalable a été refusée,
- Toute opération chirurgicale qui n'est pas nécessitée par une urgence médicale, sauf si elle a fait l'objet d'un accord préalable de l'assureur,
- Les frais afférents aux traitements esthétiques (ou assimilables) de toute origine et de toute nature, sauf cas particulier (suite à un accident survenu pendant la période d'assurance du présent contrat) ayant donné lieu à un accord préalable écrit de l'Assureur, et dans les conditions et limites stipulées par celui-ci,
- Les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties,
- Tous les produits non médicamenteux d'usage courant tels que : coton hydrophile, alcool, crèmes solaires, dentifrice, pansements, savon, parfum, shampooing...,
- Les frais annexes, tels que le téléphone, la télévision, en cas d'hospitalisation,
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et/ou convalescence, sauf lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation de plus de 30 jours ou à une intervention chirurgicale lourde,
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de rééducation professionnelle (ou établissement assimilé),



- Les soins prodigués dans un établissement infirmier ou une maison de retraite, et les frais consécutifs à l'assistance d'une personne dans ses activités quotidiennes, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente. De tels services sont considérés comme des soins d'assistance à domicile même s'ils sont prescrits par un médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical,
- Les traitements pour lutter contre l'obésité,
- Les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins,
- Les traitements considérés comme expérimentaux,
- Les traitements podologiques ne résultant pas d'un accident ou d'une maladie,
- Les traitements de sevrage tabagique,
- Les cures thermales,
- Les cures de désintoxication (alcoolisme, toxicomanie ou assimilés),
- Les frais afférents aux accidents ou maladies qui sont le fait volontaire de l'assuré ou de l'ayant droit, et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire.

Pour toute confirmation, **n'hésitez pas à nous contacter.**