

Assurance Santé Internationale

guide de membre 2014

METROPOLITAN
INTERNATIONAL



1. Nous contacter	2
2. Sélection d'options d'assurance	3
3. Les options de franchises	4
4. Bonus Santé	5
5. Les traitements couverts	6
6. Autorisation préalable.....	7
7. Déposer une réclamation	8
8. Adhésion	9
9. Gestions des maladies	10
10. Liste des maladies chroniques.....	11
11. Exclusions et Conditions Générales.....	12
10. Définitions	14

matières

Bienvenue

Merci et félicitations d'avoir opter pour l'Assurance Santé Internationale. Ce guide des prestations explique en détail toutes les informations que vous devez savoir au sujet de votre assurance santé. Bien vouloir vous reporter à la page de contenu pour tous les sujets spécifiques qui vous sera utile.

Nous vous conseillons de garder ce guide à portée de main à tout moment car il pourrait vous assister face à une situation éventuelle. Bien vouloir contacter notre centre administratif par courriel : **info@metropolitanmu.com**, pour obtenir une copie supplémentaire de ce guide.

Alternativement, vous pouvez télécharger une copie électronique sur notre site Web:

www.metropolitaninternational.com

Nous espérons que vous trouverez ce guide des prestations très utiles. Nous sommes à votre disposition pour des éventuels questions et commentaires.



bienvenue

Contacter Nous

Vous pouvez nous contacter par les suivantes:

- Service clientèle: 00230 403 5208 (Téléphone) 00230 403 5201 (Fax)
- Courriel: info@metropolitanmu.com.
- Site Web: www.metropolitaninternational.com

Pour des renseignements généraux:

- Les informations sur les prestations
- Ajouter ou supprimer des ayants droit
- Les informations sur les réclamations.

Pour des renseignements médicaux:

- Pour obtenir une autorisation préalable pour une procédure prévue
- Pour obtenir une assistance médicale en cas d'urgence, ambulance ou évacuation et autres
- Pour parler à un professionnel de la santé.



contacter nous

Sélection d'Options d'assurance

Le produit Assurance Santé de Metropolitan International permet au membre de choisir le niveau désiré de couverture en fonction de ses besoins médicaux et financiers.

ETAPE 1

Choisissez le niveau de couverture des maladies graves et couverture quotidienne»

Option 1 Maladies Graves \$1'000'000	Option 2 Maladies Graves \$1'500'000	Option 3 Maladies Graves \$2'000'000	Option 4 Maladies Graves \$2'500'000
Quotidienne \$1'000	Quotidienne \$3'000	Quotidienne \$10'000	Quotidienne \$15'000

ETAPE 2

Choisissez le niveau de franchise

0 Franchise	\$50 Franchise	\$100 Franchise	\$250 Franchise
-------------	----------------	-----------------	-----------------

Les deux étapes précédentes, et votre âge, se traduiront à votre prime.

Les options **franchises**

L'Assurance Santé Metropolitan International propose différents niveaux de franchise.

Les niveaux de franchise suivants sont disponibles:

0 Franchise

\$50 Franchise

\$100 Franchise

\$250 Franchise

Le niveau de franchise aura un impact sur la prime - plus le niveau de franchise élevé, plus le niveau de réduction applicable à la prime. L'option franchise choisie sera applicable à chaque cas de sinistre subi par le membre.



franchise

Bonus Santé

Au cas où un membre ne réclame pas de l'assureur pour une période précisée, ce membre sera récompensé par l'assureur avec un bonus de santé. Les bonus de santé suivants sont applicables:

- Un remboursement de 10% de la prime annuelle, après une année continue sans réclamation.

Les réclamations suivantes n'affecteront pas le critère de bonus de santé:

- Les garanties sur le bien-être et les réclamations connexes.
- Les deux premières consultations de

médecins généralistes et de médicaments actifs connexes (maximum de 60 \$ par visite pour les médicaments et pansements).

Critères d'admissibilité:

- Les primes entièrement libérées
- Membre valide pendant 12 mois consécutifs.

AVERTISSEMENT: Bien vouloir noter qu'il est de la responsabilité du membre de s'assurer que toutes les réclamations ont été soumises à l'assureur. Aucune réclamation tardive ne seront honorées 6 mois après l'année de prestation et une fois que le bonus de santé a été versé.



o réclamation

Les traitements Couverts

Afin qu'un traitement requis soit couvert, ce traitement doit satisfaire aux exigences suivantes:

- Il est conforme aux normes généralement acceptées de la pratique médicale
- Il est cliniquement approprié en termes de type, la durée, le lieu et la fréquence et enfin
- Il est couvert par les termes et conditions du plan d'adhésion choisie.

Le traitement actif

Le régime couvre un membre pour un traitement actif, c'est-à-dire, le traitement d'une maladie, une affection ou une blessure, qui mène à la récupération, la conservation de l'état de santé du membre ou du rétablissement du membre à leur état de santé antérieur le plus rapidement possible.

Les frais habituels raisonnables

L'assurance paiera les frais raisonnables et habituels. Le traitement par le prestataire ne devrait donc pas être plus que d'habitude, dont celui des autres prestataires de la même zone ; et les frais devraient être raisonnables, dont ceux des autres prestataires de la même zone.

Plafond des garanties

Il existe deux types de plafonds de garantie, l'un étant la limite annuelle globale et l'autre la limite applicable à chaque prestation (le cas échéant).

La limite annuelle globale est le maximum que l'assurance va payer pour l'ensemble des garanties pour chaque personne appartenant au produit, dans une année d'adhésion

Une fois une garantie particulière ait atteint sa limite, cette couverture ne sera plus disponible de l'assurance jusqu'au début de la nouvelle année d'adhésion.



les traitements

Autorisation au préalable

Une autorisation au préalable est requise pour tous les patients hospitalisés et externes, le traitement des maladies majeures, les scannes telle que l'IRM et les tomographies, et les soins dentaires majeurs.

Une autorisation au préalable peut être accordée si les conditions suivantes sont remplies:

- Le traitement est éligible et est couvert par votre option de garantie de l'adhésion
- L'adhésion à l'assurance est valide et à jour
- Les cotisations versées sont à jour
- Le traitement requis correspond au traitement autorisé
- Une description complète du traitement requis ait été fournie
- Une garantie suffisante doit être disponible dans votre option de produit pour couvrir les coûts associés au traitement requis
- La condition n'a pas été exclue de l'option de garantie en raison d'une condition préexistante ou d'exclusion générale
- Le traitement est médicalement nécessaire et pertinent
- Le traitement doit avoir lieu dans les 7 jours suivant l'obtention de l'autorisation requise. Passé ce délai, une nouvelle autorisation devrait être obtenue.

Une autorisation au préalable précisera un plan de traitement et sa durée. Aux cas où le plan de traitement et /ou sa durée change, une autorisation au préalable supplémentaire devrait être obtenue.

Les procédures planifiées doivent être autorisées au préalable d'avance. Les réclamations ne seront pas honorées en cas de manque d'obtention d'une autorisation préalable pour toute procédure planifiées.

Les procédures d'urgence doivent être autorisées aussitôt possible, au plus tard 48 heures après l'incident. Cela permettra à nos consultants d'assurer à ce qu'un traitement plus approprié, au sein d'un établissement plus approprié soit fait.

Toute autorisation au préalable est basée sur des informations fournies au moment de l'autorisation. L'assureur se réserve le droit de retirer l'autorisation si une nouvelle information qui va influencer négativement la décision d'accorder l'autorisation est présentée après que l'autorisation est accordée.

Contacte pour les autorisations aux préalables:

+230 403 5220

+27 21 940 5443

info@metropolitanmu.com

autorisation au préalable

Déposer une **réclamation**

Aux cas où vous visitez un prestataire de services qui n'est pas contracté à Metropolitan International, une réclamation doit être soumise à l'assureur pour chaque incident et doit contenir les informations suivantes afin que la réclamation soit traitée:

- Numéro d'adhésion
- Les détails des patients
- La date de service (s)
- Nom du fournisseur de service et le numéro d'immatriculation
- Détail du service rendu et / ou le traitement / médicaments fournis
- Diagnostic possible (ICD 10 code)
- Médecin traitant si le service à été référé à un hôpital spécialisé

- Reçus ou preuve de paiement.

Les réclamations peuvent être soumises selon les manières suivantes:

- Soumettre à Metropolitan Ile Maurice
- Rez-de-chaussée, Tour A, 1Cybercity, Ebene, Maurice
- Par télécopieur (00230 403 5201)
- Par courriel: (info@metropolitanmu.com)

Toutes réclamations devraient être soumises dans les 90 jours suivant la date de service. Les réclamations soumises après la période de 90 jours pourraient être rejetées. Bien vouloir conserver des copies de votre réclamation comme preuve de dépôt.

les réclamations

Adhésion

La couverture d'adhésion débutera à la 'date effective' précisée sur la carte / certificat d'adhésion. Toutes les réclamations / coûts subis avant la date effective ne seront pas honorées par l'assureur.

Les garanties de l'adhésion, comme indiqué dans l'option de garantie choisie et les limites respectives, seront disponibles pour la durée de l'année. Le nouveau cycle de garantie débutera en même temps que le début du nouveau cycle de l'année d'assurance.

Les nouveaux ayants droit peuvent être ajoutés à la composition du membre principal. Les nouveaux membres doivent avoir une relation directe avec le membre principal. C'est-à-dire époux ou épouse ou enfants. Les enfants adoptés seront considérés, à condition que le document juridique de l'adoption soit fourni. Toutes les 'Les ayants droit spéciaux', c'est-à-dire père, mère etc. peuvent être prise en considération, mais fera l'objet d'une souscription individuelle et / ou des pénalités de primes. L'âge maximum d'adhésion est de 70 ans.

Un nouveau né / enfant adopté peut être ajouté à la composition du membre principal dans un délai de 30 jours après la date de naissance / adoption, sans aucune souscription. Faute de quoi l'enfant sera soumis à une souscription individuelle.

L'annulation de l'adhésion doit être faite par écrit, un mois civil à l'avance et cessera d'être en vigueur le dernier jour du mois en question. Les primes seront payables jusqu'au dernier jour de l'adhésion effective et, ce, jusqu'à ce que l'assureur reconnaît avoir reçu l'annulation. L'adhésion ne peut être annulée dans les 6 premiers mois d'adhésion.

Une fois qu'un membre principal a quitté l'assurance, les ayants droit ont la possibilité de continuer à s'adhérer, mais cela à leur propre droit.

L'option de garantie sera fixe pour toute la durée de l'année d'assurance après que la sélection a été effectuée et l'adhésion à l'assurance a pris effet. Un membre a la possibilité de modifier la sélection de garantie seulement à la fin de chaque cycle d'année, et cette modification sera en vigueur l'année suivante. Toutes les modifications sur les options de garantie au cours d'un cycle d'année pourraient être considérées par l'assureur.

Toutes modifications apportées à une adhésion, comme l'ajout des ayants droit, l'annulation d'un ayant droit, changement d'adresse, doit être fait par écrit à l'assureur.

Une adhésion à l'assurance peut être annulée par le Conseil de l'assurance pourvu qu'il existe une preuve raisonnable que la personne concernée a trompé ou tenté de tromper l'assureur, telles que la fourniture de fausses informations ou retenir certaines informations nécessaire à l'assureur, ou travailler de connivence avec un tiers partie pour fournir de faux renseignements, intentionnellement ou par négligence.

L'adhésion et les renseignements connexes resteront confidentiels et ne seront pas partagés avec d'autres partis, tel que décrit dans les directives relatives au secret médical.

l'adhésion

Gestions des maladies

La Garantie Maladie Chronique couvre les maladies mortelles qui ont besoin d'intervention continue pour maintenir une bonne santé et prolonger la vie. Ces garanties chroniques sont soumises à un enregistrement et une approbation auprès de l'assureur. L'objectif du programme chronique est d'identifier les membres et leur donner les moyens de gérer leurs garanties chroniques en collaboration avec leur médecin, assurant ainsi la conformité. Bien qu'un état puisse être défini comme chronique, nous ne serons pas en mesure de la couvrir dans la Garantie Maladie Chronique.

Afin d'assurer un état de santé optimal pour les patients souffrant de maladies chroniques, les conditions suivantes sont nécessaires:

- Un patient bien informé et motivés
- La mise à disposition d'un traitement approprié
- Un suivi régulier des marqueurs spécifiques de la maladie
- Un suivi régulier
- Les systèmes de soutien si nécessaire.



maladie

Liste des Maladies chroniques

Les états chroniques suivants sont couverts sous la limite des traitements chroniques.

Maladie d'Addison	Asthme
Trouble bipolaire de l'humeur	Insuffisance cardiaque
Cardiomyopathie	Maladie pulmonaire obstructive chronique
Maladie pulmonaire obstructive chronique	Maladie coronarienne
Diabète Insipide	Diabète Mellites Type I
Diabète Mellitus Type II	Dysrythmies
Epilepsie	Glaucome
Hémophilie	VIH / SIDA
Hyperlipidémie	Hypertension
Hypothyroïdie	Sclérose en plaques
Maladie de Parkinson	Arthrites rhumatoïde
Schizophrénie	Bronchectasie

Liste d'explication des termes

Médicaments chroniques

Les médicaments prescrits par un médecin qui sont généralement nécessaires à long terme – généralement pour plus de six mois et approuvés par l'Assureur à parti d'une compilation de Formulaires des Médicaments Chronique approuvé.

Demande des Médicaments Chronique

Lorsque votre médecin prescrit un médicament chronique pour vous ou une personne à charge, un formulaire de demande des médicaments chroniques, spécialement conçus pour cet état doit être rempli par votre médecin afin de bénéficier de ces garanties.

Programmes de gestion des maladies

Ce sont des programmes développés par les Soins de Santé Géré pour aider les membres à gérer leur maladie(s) chronique (s) pour qu'ils atteignent et maintiennent une santé optimale.

Formulaire

Il s'agit d'une liste de médicaments compilés par Metropolitan International fondé sur les médicaments appropriés. Les médicaments figurant sur cette liste sont sûrs, cliniquement appropriés et rentables pour le traitement de la condition spécifique.

Metropolitan International met en application son expertise et sa connaissance pour créer des listes basées sur des preuves et fournir les protocoles les plus récents pour la gestion de ces conditions. Les formulaires sont un outil essentiel dans l'automatisation du processus d'autorisation et sont constitués des médicaments qui ont été étudiés et sont connus comme étant rentables.

Inscription

Pour s'inscrire au Programme Gestion des Maladies, contactez-nous au +230 403 5200 / +27 21 940 5443 ou par courriel info@metropolitanmu.com.

chronique

Exclusions et Conditions générales

Les conditions et les traitements suivants sont exclus du produit:

1. Tous les frais encourus pendant les périodes de carence et pour des conditions non dévoilées. Tous les frais qui dépassent le plafond annuel autorisé pour la catégorie comme indiqué dans les spécifications détaillées des garanties, pour les garanties auxquelles le membre a droit en termes de règles.
2. Les blessures ou les conditions subies lors d'une participation volontaire à une émeute, un troubles civil, une guerre, une invasion, une activité terroriste ou à une rébellion.
3. Le comptes d'un professionnel de la santé qui n'est pas inscrit auprès de l'organisme professionnel reconnu et constitué en termes d'une loi du Parlement.
4. Vacances pour les fins récupératrices.
5. Tous les coûts à des fins esthétiques ou pour des raisons personnelles qui ne sont pas directement causés par, ou liés à une maladie, un accident ou une infection.
6. Conditions recouvrables d'une tierce partie.
7. Les blessures résultant d'un sport professionnel (professionnel défini comme étant une activité qu'exerce un membre et qui constitue le moyen principal de revenu du dit membre).
8. Blessures résultant d'un acte criminel posé par le membre ou ses ayants droit et qui ont été reconnus coupables.
9. Soins frêles (dans un établissement pour personnes âgées).
10. L'infertilité ou l'insémination artificielle.
11. Services / traitement pas pris en charge en termes de médecine fondée sur les preuves.
12. Produits de beauté et de soins personnels.
13. Des produits qui améliorent artificiellement les fonctions corporelles.

Traitement Dentaire

1. Les garanties pour les traitements dentaires seront payées conformément aux sous limites selon l'option correspondante.
2. Une autorisation préalable est requise pour tout 'Traitement dentaire restauratrice majeur'.



Définitions

MÉDICAL MAJEUR

1. Honoraires hospitalisations, chirurgicaux, etc

– Les coûts associés au logement hospitalier, y compris les repas et les rafraîchissements, mais exclut les articles personnels tels que les appels téléphoniques, les journaux, les repas des visiteurs, les produits cosmétiques, etc. L'assuré sera couvert pour une chambre standard avec salle de bains. Les chambres cadres / de luxe / VIP ne sont pas couvert. L'assurance couvrira la durée du séjour qui est jugé médicalement approprié pour la procédure à laquelle l'assuré a été hospitalisé. L'assurance couvrira également d'autres coûts liés à l'hospitalisation pour une condition approuvée, comme l'utilisation de la salle d'opération.

2. Garanties des maladies majeures –L'assurance

couvre le traitement des maladies majeures pour les cas telles que le cancer, le VIH (l'inscription au programme de bien-être du VIH est un pré-requis), etc., à condition que l'option choisie couvre cette garantie.

3. Honoraires des médecins, des spécialistes, des anesthésistes, etc

– Les frais facturés par les médecins, spécialistes, etc. lors d'un traitement dans un hôpital.

4. Hauts soins / réanimation –Les coûts associés à l'assuré admis dans une unité de hauts soins / unité de soins intensifs après une chirurgie ou si cela est jugé médicalement motivé et approuvé

5. Radiographie, pathologie, testes

diagnostiques, etc – Les coûts liés à la radiographie aux pathologies (tels que les tests de sang et d'urine), des tests de diagnostic (tels que les électrocardiogrammes), à condition qu'ils soient jugés médicalement motivés et font partie d'un plan de traitement approuvé.

6. L'IRM, PET, CT scans

– Les coûts de scans seront couverts, à condition que l'analyse requise soit approuvé par l'assureur.

7. Couverture maternité

– L'assurance couvrira les coûts associés à la maternité tels que:

- Des soins prénataux comme l'échographie
- Les frais d'hospitalisation, les honoraires des obstétriciens et de sages-femmes
- Les soins postnataux requis par la mère immédiatement après la naissance de l'enfant
- Conditions secondaires provoquées par la grossesse, comme la pression artérielle, des saignements vaginaux, etc.

La Couverture maternité est applicable uniquement aux:

- Options 2, 3 et 4 de la composante

Médicale Majeure, et

- b. A condition que l'assuré soit adhérent à l'une des options précisées ci-dessus pour une période continue de 12 mois ou plus.
8. **Soins du nouveau-né** – L'assurance couvre les frais de traitement pour le bébé à l'hôpital, immédiatement après la naissance, pour une période allant jusqu'à 14 jours après la naissance, pourvue que la mère est un membre en règle avec l'Assurance Santé Metropolitan International. La prise en charge du nouveau-né est applicable uniquement aux:
- a. Options 2, 3 et 4 de la composante médicale majeure, et
 - b. A condition que l'assurée (la mère) soit adhérente à l'une des options précisées ci-dessus pour une période continue de 12 mois ou plus.

L'assurance ne couvrira pas les coûts pour le bébé sur une base ambulatoire, ou les frais supplémentaires d'hospitalisations une fois que le bébé est sorti de l'hôpital, après la naissance. Afin d'obtenir une telle couverture, le bébé a besoin d'être enregistré comme un ayant droit sur la politique de l'assuré.

Aux cas où la mère de l'enfant n'est pas assurée avec l'Assurance Santé Metropolitan International, le bébé ne sera couvert qu'à partir de la date d'adhésion

9. **Traitement des maladies mentales** –

L'assurance couvrira les coûts associés à un traitement psychiatrique à l'hôpital, si l'option choisie le permet. Le traitement psychiatrique à l'hôpital sera applicable à:

- a. Options 2, 3 et 4 de la composante médicale majeure, et
- b. A condition que l'assuré soit adhérent à l'une des options précisées ci-dessus pour une période continue de 12 mois ou plus.

10. **Les maladies chroniques** – Des conditions médicales qui nécessitent un traitement pendant une période prolongée afin de préserver le bien-être de l'individu. Les cas de maladies chroniques durent généralement plus de 3 mois et peuvent être potentiellement mortelle si elles ne sont pas gérées par un professionnel de la santé.
11. **Dialyse rénale** – Procédé par lequel la fonction du rein est artificiellement exécutée par une machine en raison du fait que le rein est incapable de remplir sa fonction normale.
12. **Greffe d'organe** – Déplacement d'un organe entier ou partiel d'un corps à un autre (ou d'un site donneur sur le propre corps du patient), dans le but de remplacer l'organe endommagé ou défectueux du bénéficiaire avec un autre organe qui fonctionne venant d'un site donneur, par exemple : une greffe du rein ou du cœur.
13. **Chirurgie maxillo-faciale** – Chirurgie pour corriger un large spectre de maladies, des traumatismes et des défauts de la tête,

du cou, du visage, de la mâchoire et des tissus durs et mous de la région buccale et maxillo-faciale.

14. **Dispositifs médicaux et chirurgicaux** –

Un élément physique conçu, construit ou adapté pour aider une personne à exécuter une tâche donnée.

15. **Prothèse interne** – Un dispositif implanté

lors d'une opération dans le corps servant de mécanisme interne de support et / ou qui, pour des raisons médicales fonctionnelles sont implantés pour remplacer des parties du corps.

16. **Prothèse externe** – Un substitut

artificiel ou le remplacement d'une partie du corps, conçu pour des raisons fonctionnelles ou esthétiques, ou les deux.

17. **La chirurgie réparatrice** – Chirurgie concernées par la réforme thérapeutique ou cosmétique de tissu.

18. **Médicaments à emporter** – médicaments fournis par l'hôpital pour le patient lors de la sortie d'une hospitalisation.

19. **Soins infirmiers à domicile, Hospice et les soins palliatifs.** Toute forme de soins médicaux ou de traitement qui se concentre sur la réduction de la sévérité des symptômes de la maladie, plutôt que d'arrêter ou de retarder la progression de la maladie elle-même ou de fournir un remède.

20. **Réhabilitation** – Traitements conçus

pour faciliter le processus de récupération après une blessure, d'une maladie ou d'une infection à un état aussi normale que possible.

21. **Conditions de dépendance et les troubles** – Une dépendance compulsive

persistante d'un comportement ou d'une substance.

22. **Physiothérapie** – Traitement de la

dysfonction physique ou de blessure par l'utilisation d'exercices thérapeutiques et l'application des modalités qui visent à restaurer ou à faciliter le fonctionnement normal ou le développement.

Le traitement doit être autorisée par l'assureur, doit faire partie d'un plan de traitement approuvé et les limite autorisées s'appliqueront.

23. **Transport d'urgence par ambulance**

– L'assurance couvrira le coût d'une ambulance de route locale si cela est médicalement nécessaire, à partir du lieu de l'accident ou d'un incident ou d'un transfert d'un hôpital à un autre.

24. **Évacuation d'urgence** – Le membre

sera couverte pour l'évacuation via une ambulance aérienne, lorsque cela est médicalement nécessaire, à partir du lieu de l'accident ou d'un incident ou d'un transfert d'un hôpital à un autre. Une ambulance de l'air ne peut pas être expédiée dans des situations jugées trop dangereuses ou des zones jugées impossible à accéder.

25. **Dépouille** – L'assurance couvrira les frais de transport d'un corps ou dépouille incinérée du membre à son pays d'origine ou de résidence permanente.
26. **Les indemnités des patients hospitalisés** – L'assurance indemniserà le membre selon le taux indiqué si un membre est hospitalisé pour des conditions couvertes par le régime choisi, si elle est médicalement justifiée, et si aucunes dépenses n'ont été faites pour un tel traitement.

JOURNALIÈRE

1. **Les frais de consultation** – Les frais facturés par un médecin agréé et / ou un spécialiste seront couverts par l'assurance dans les limites respectives du régime choisi.
2. **Médicaments et pansements prescrits** – Les médicaments et pansements prescrits par un médecin agréé ou un spécialiste seront couverts par l'assurance dans les limites du régime choisi.
3. **Pathologie, Radiographie, et traitement diagnostique** la pathologie, la radiographie et des tests de diagnostic (comme un ECG), tel que prescrit par un médecin ou un spécialiste agréé, et approuvé par l'assurance, seront couverts.
4. **Médecine complémentaire** – Le coût de traitement et des médicaments par un thérapeute complémentaire qualifié et agréé dans le pays auquel le thérapeute complémentaire exerce ses fonctions.
5. **Phytothérapie chinoise** – Partie des médecines complémentaires.
6. **Traitement de la maladie mentale** – Le coût du traitement fourni par un psychologue ou un psychiatre agréé.
7. **Maladies chroniques** – Les conditions médicales qui nécessitent un traitement pendant des périodes prolongées (de 3 à 6 mois, ou plus) seront couvertes par des options à condition que l'assuré soit adhérent à l'assurance pour une période continue de 12 mois ou plus.
8. **Traitement dentaire de routine** – Les soins dentaires de base tels que les plombages, les extractions, etc. seront couverts par l'assurance dans les limites précisées.
9. **Traitements dentaires de restauration majeure** – les soins dentaires de pointe, tels que le traitement orthodontique, seront couverts par certaines options.
10. **Physiothérapie** – L'assurance couvrira la physiothérapie, si prescrite par un médecin agréé ou un spécialiste avec pour but de restaurer la fonction physique normale.
11. **Optique** – La couverture optique est prévue par certains régimes, des éléments comme un test de la vue, montures et lentilles. Cette couverture est disponible tous les 24 mois, à condition que le membre ait bénéficié d'une adhésion continue avec l'assurance.

12. **VIH / SIDA** – Les traitements liés au VIH / SIDA seront couverts par certaines options pour les éléments tels que les consultations et les médicaments.
13. **Chirurgie ambulatoire** – la chirurgie recommandé par un médecin agréé et / ou spécialiste, et approuvé par l'assurance, sera couverte sur les mêmes principes que pour la composante médicale majeure du régime choisie.
14. **Traitement post-hospitaliers** – tout traitement lié à une hospitalisation sera couvert sous la composante Consultation, médicament pansements de la section journalière.
15. **Bien-être** – un examen médical de routine sera couvert par certaines options, en fonction de l'âge et du sexe du membre.

GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES

1. **Parent proche** – En cas d'évacuation, le plus proche parent aura droit à une indemnité de logement selon le régime choisi, à condition que le plus proche parent soit aussi assuré par le régime d'Assurance Santé Metropolitan International.
2. **Les frais de déplacement supplémentaires** – Si un traitement de suivi s'avère nécessaires à la suite d'une évacuation médicale, l'assurance couvrira un tel traitement selon le montant spécifié à condition que ce traitement soit justifié médicalement.
3. **Couverture des frais juridiques** – L'assurance accordera une aide financière pour la poursuite d'une réclamation contre une tierce partie qui a causé des blessures corporelles / décès de l'assuré.
4. **Annulation ou interruption**

Annulation

L'assureur remboursera la partie non remboursable et non utilisée des frais de déplacement ou d'hébergements payés par l'assuré suite à l'annulation obligatoire du voyage assuré avant le départ en raison de:

 - Décès inattendu, de maladie ou de blessure de l'assuré, de décès, de maladie, de blessure de son conjoint, d'un partenaire d'affaires, des enfants, de la personne avec qui il avait l'intention de séjourner à l'étranger, d'un parent ou d'un compagnon de voyage jugé important par un Médecin.
 - Non disponibilité de la personne qui est en charge des mineures ou des enfants handicapés de la personne assurée en raison de décès inattendue, de maladie ou de blessure de cette personne dans les 30 jours suivant la date du voyage assuré.
 - Annulation ou le détournement des

services de transport public réguliers notamment, en raison de grèves ou autres actions industrielles, à moins que le particulier a fait la réservation de ce voyage assuré en dépit du fait de qu'il eut une mis en garde médiatique cautionnant que de tels événements sont susceptibles de se produire avant la date du voyage assuré ; ou

- Les dommages matériels accidentels graves ou considérables à des biens immobiliers appartenant à l'Assuré subis 30 jours à compter de la date de départ prévue. La cause de ce dommage doit être involontaire et pas un résultat direct d'une action de l'Assuré qui l'oblige à annuler le Voyage Assuré pour la sauvegarde de ses intérêts.
- Un incident traumatisant qui s'est produit 30 jours à compter de la date de départ de l'Assuré, de son conjoint, de ses enfants ou de la personne à l'étranger avec laquelle il avait l'intention de séjourner, d'un parent ou d'un partenaire d'affaires, auquel un médecin a été consulté et conseillé de ne pas voyager.
- Perte ou vol de documents de voyage (billets de voyage, passeports et visas).

4. Annulation ou interruption (suite)

Interruption

L'assureur remboursera la partie non remboursable et non utilisée des frais de

déplacement ou d'hébergement ou des frais supplémentaires d'hébergement et / ou de déplacement (hébergement trois étoiles et les coûts de voyages en classe économique à l'exception des frais de téléphone, des repas et des boissons) versées par l'Assuré à la suite d'une interruption obligatoire (raccourcissement) du Voyage Assuré en raison de:

- Décès inattendu, de maladie ou de blessure de l'assuré ; de décès, de maladie, de blessure de son conjoint, d'un partenaire d'affaires, des enfants, de la personne avec qui il avait l'intention de séjourner à l'étranger, d'un parent ou d'un compagnon de voyage jugé important par un Médecin.
- Annulation ou le détournement des services de transport public réguliers notamment, en raison de grèves ou autres actions industrielles, à moins que le particulier a fait la réservation de e voyage assuré en dépit du fait de qu'il eut une mis en garde médiatique cautionnant que de tels événements sont susceptibles de se produire avant la date du voyage assuré.
- Perte ou vol de documents de voyage (billets de voyage, passeports et visas).

5. **Bagages, argent, cartes de crédit et chèques de voyage et retard des bagages**

Bagages, argent et les cartes de crédit & chèques de voyage

- **Bagages** L'assureur peut choisir de remplacer, réparer ou payer pour la perte, en espèces, à la suite de Perte Accidentelle, Vol ou Dommage des bagages accompagnant la personne assurée, y compris valises, malles, bagages à main ainsi que leur contenu, des équipements d'affaires portables (y compris les ordinateurs, les téléphones cellulaires), immobilier d'entreprise (y compris les échantillons commerciaux, papiers d'affaires, les spécifications, des manuscrits et des articles de papeterie au coût de reproduire de tels documents, mais pas pour les frais de recherche et développement) qui a eu lieu pendant le voyage assuré. Les bagages, effets personnels et des biens de l'entreprise doivent appartenir à, et accompagner l'assuré.
- **L'argent**- L'assureur indemniserà pour la perte de liquidité, billets de banque, chèques, mandats postaux ou d'autres instruments négociables à la suite d'un vol au cours d'un voyage assuré. En ce qui concerne l'argent obtenu pour le but du Voyage Assuré, la couverture prendra effet au moment de la collecte de la banque ou 72 heures avant le début du Voyage Assuré, selon la première éventualité, et continuera à prendre effet 72 heures après la fin du Voyage Assuré ou après dépôt à la banque, selon la première éventualité.

- **Carte de crédit et chèques de voyage-Remplacement** L'assureur indemniserà le coût non récupérable pour le remplacement des cartes de crédit de la Personne Assurée ou des chèques de voyage à la suite d'un vol.

Retard des bagages

- L'assureur rembourserà l'assuré pour les dépenses essentielles raisonnables encourues pour le remplacement d'urgence d'articles essentiels au cas où ses bagages sont retardés, mal adressés ou temporairement égaré par un transporteur. Le retard des bagages doit dépasser l'excédent.

6. **Responsabilité Civile** – L'Assureur paiera tous les dommages et intérêts, indemnités et frais juridiques pour lesquels l'Assuré devient légalement responsable en raison de ses actes causant:

- Des blessures, y compris la mort, d'une autre.
- la perte ou des dommages matériels

7. **Assurance voyage international (frais médicaux et connexes d'urgence)** – Si la personne assurée, en voyageant sur un trajet international, fait des dépenses médicaux à la suite d'une blessure ou d'une maladie, l'Assureur ne paiera pour lesdits frais médicaux que selon les limites de garanties connexes.

Pour plus de renseignement sur ce produit veuillez contacter l'une de nos agences ci-dessous

Pays	Adresse physique	Numéro de téléphone
Botswana	Fairground Office Park Plot No. 50676 Block A 3rd Floor Moedi Street Gaborone	+267 362 4700
Ghana	1st & 2nd Floors Omanyehaba Building Opposite Accra Sports Stadium 28th February Road Osu	+233 302 742 894 / 742 895
Lesotho	Shop 111 Race Course Mall Thetsane Maseru 100	+266 22 222 100/99
Malawi	Kang'ombe House 1st Floor East Wing City Centre Lilongwe	+265 1 771 977 / 978 / 979
Ile Maurice	Ground Floor Tower A 1Cybercity Ebene	+230 403 5220
Mozambique	267 Zedequias Manganhela Ave Maputo	+258 21 357800
Nigeria	4'th Floor UBA House 57 Marina Lagos Island	+234 1277 2520
Afrique du sud	Parc Du Cap Mispel Road Bellville	+27 21 940 4690 / 5275
Swaziland	Metropolitan Office Park Lot 219 Somhlolo Road Mbabane	+268 2404 1369
Tanzanie	15th Floor PPF Towers Cnr Ohio & Garden Street Dar Es Salaam	+255 22 2197600
Zambie	5th Floor, Mukuba Pensions House Dedan Kimathi Road Lusaka	+260 21 1 236217 / 18



Ground Floor, Tower A 1Cybercity
Ebene
Mauritius

Tel: (+230) 403 5220 • Fax: (+230) 403 5201
www.metropolitaninternational.com

LF V(03'14)