



Exclusions

Suivant le Plan choisi, veuillez vous référer à la liste des exclusions sous mentionnée:

- ▶ les actes effectués par une personne ne disposant pas des diplômes requis
 - ▶ les soins non prescrits par un médecin diplômé
 - ▶ les soins inutiles du strict point de vue médical et/ou les soins ne relevant pas d'une nécessité médicale
 - ▶ 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
 - ▶ 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 régime, ayant donné lieu à un accord préalable écrit de l'assureur, et dans les conditions et limites stipulées par celui-ci
 - ▶ toute opération chirurgicale ne nécessitant pas une urgence médicale, sauf accord préalable de l'assureur
 - ▶ 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 : coton hydrophile, alcool, crèmes solaires etc...
 - ▶ les frais annexes tel que téléphone et télévision en cas d'hospitalisation
 - ▶ les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays où ils ont été engagés
 - ▶ les traitements pour lutter contre l'obésité ou l'anorexie
 - ▶ les traitements de la stérilité et les tentatives d'insémination artificielle
 - ▶ les dépenses de voyage et d'hôtel liés aux soins
 - ▶ la chirurgie réfractive au laser, kératotomie (chirurgie de la myopie)
 - ▶ la parodontie
 - ▶ les prothèses dentaires (inclus dans le plan Platinum et Diamond)
 - ▶ l'orthodontie (inclus dans le plan Platinum et Diamond)
 - ▶ la médecine alternative ne résultant pas d'un accident ou d'une maladie
 - ▶ les cures thermales et SPA
 - ▶ l'hospitalisation psychiatrique lorsqu'elle est prescrite (inclus seulement dans le plan Diamond)
 - ▶ tout autre traitement psychiatrique prescrit ou non prescrit
 - ▶ les traitements de désintoxication
 - ▶ les soins préopératoires
 - ▶ les prothèses chirurgicales peropératoirement non requises
 - ▶ les traitements pour l'insuffisance rénale en état chronique ou en fin de stage et qui ont nécessité une dialyse régulière ou de longue durée
 - ▶ les dépenses garanties par tout organisme de protection sociale (exemple : système de sécurité sociale) dont la personne assurée est présumée avoir reçu les prestations
 - ▶ les dépenses remboursées ou remboursables par un autre contrat d'assurance maladie ou d'assurance accident
 - ▶ tout traitement ou acte considéré comme expérimental
 - ▶ tout type de test génétique
 - ▶ l'orthophonie, l'ergothérapie, et les thérapies oculomotrices
 - ▶ les vaccinations non prescrites ou vaccinations liées à un voyage
 - ▶ 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 permanente ou temporaire. 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 frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de postcure (ou établissement assimilé)
 - ▶ les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de rééducation (ou établissement assimilé)
 - ▶ les conditions préexistantes ne sont pas couvertes ou ont une couverture limitée selon le type de Plan et les conditions générales
 - ▶ les conditions chroniques préexistantes ne sont pas couvertes ou ont une couverture limitée selon le type de Plan et les conditions générales
 - ▶ la thérapie de remplacement d'hormones lorsque celle-ci n'est pas une nécessité médicale ou pour un changement de sexe
 - ▶ les traitements de longue durée pour conditions chroniques et/ou invalidité sont couverts jusqu'au maximum remboursable de la condition chronique stipulée dans les détails du plan et/ou dans les conditions générales
 - ▶ toute demande de remboursement pour:
 - blessures faites à soi-même (inclus suicide ou tentative de suicide)
 - inutile mise en danger de soi-même (sauf en cas de tentative pour sauver une vie humaine)
 - voyage effectué contre l'avis médical (qui l'a déconseillé)

Pour plus de détails, veuillez vous référer aux Conditions Générales ou contacter l'administrateur du plan.