

CIGNA AFRICA

Questions fréquemment posées

AFFILIATION, ADMISSIBILITÉ ET COUVERTURE

1. Dans quelles régions les assurés peuvent-ils être couverts?

Nous proposons 5 zones de couverture:

- › Zone de couverture 1. Afrique*
- › Zone de couverture 2. Afrique, y compris l'Inde, le Pakistan, le Sri Lanka, le Bangladesh et le Liban*
- › Zone de couverture 3. Europe, y compris l'Afrique
- › Zone de couverture 4. Mondiale, à l'exclusion des Etats-Unis
- › Zone de couverture 5. Mondiale*

*Pour les options Core Care et Standard Care, le choix se limite aux zones de couverture 1 et 2. L'option Select Care ne permet pas de choisir la zone de couverture 5.

Nous adaptons généralement la zone de couverture au lieu d'affectation et à la nationalité de l'assuré concerné.

2. Les assurés sont-ils couverts s'ils voyagent dans des pays exclus de leur zone de couverture?

Les assurés sont couverts en dehors de leur zone de couverture en cas d'accident et d'urgence (30 jours par assuré et par année d'assurance).

3. Le risque de guerre est-il couvert?

Si un assuré est victime d'un acte de guerre et de terrorisme sans participation active de sa part, il est couvert dans les limites prévues par l'assurance médicale. Toutes les conséquences d'une participation active à des opérations de guerre et de terrorisme sont explicitement exclues de toute couverture.

4. Quelles sont les différences de garanties entre les 6 couvertures de base?

	Core Care	Standard Care	Select Care	Essential Care	Executive Care	Elite Care
Prestation annuelle maximale par assuré	Jusqu'à \$ 50.000 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 100.000 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 500.000 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 2.000.000 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 4.000.000 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 6.000.000 par année d'assurance
Prestation annuelle maximale en cas d'hospitalisation, par assuré	Jusqu'à \$ 50.000 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 100.000 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 500.000 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 2.000.000 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 4.000.000 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 6.000.000 par année d'assurance
Prestation annuelle maximale pour les soins ambulatoires, par assuré	Jusqu'à \$ 1.500 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 2.500 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 3.000 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 4.000 par année d'assurance	Dans la limite de la prestation annuelle prévue par la police	Dans la limite de la prestation annuelle prévue par la police
Type de chambre	Chambre individuelle standard	Chambre individuelle standard	Chambre individuelle standard	Chambre individuelle standard	Chambre individuelle standard	Chambre individuelle standard
Traitement du cancer	Dans la limite de la prestation annuelle applicable aux hospitalisations	Dans la limite de la prestation annuelle applicable aux hospitalisations	Couvert, dans la limite de \$ 100.000	Dans la limite de la prestation annuelle applicable aux hospitalisations	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Traitement du SIDA / VIH	Remboursement intégral. Un délai d'attente de 12 mois s'applique	Remboursement intégral. Un délai d'attente de 12 mois s'applique	Remboursement intégral. Un délai d'attente de 12 mois s'applique	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Maternité sans complications et avec complications	Jusqu'à \$ 2.500 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 3.500 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 3.500 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 5.000 par année d'assurance	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Prestation annuelle maximale pour le service d'évacuation et de rapatriement sanitaires, par assuré	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Medical evacuation and repatriation annual maximum benefit per member	Jusqu'à \$ 50.000 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 50.000 par année d'assurance	Jusqu'à \$ 50.000 par année d'assurance	Dans la limite de la prestation annuelle prévue par la police	Dans la limite de la prestation annuelle prévue par la police	Dans la limite de la prestation annuelle prévue par la police

Veuillez consulter le Tableau des garanties pour obtenir des informations détaillées concernant les prestations. Des plafonds de remboursement s'appliquent.

5. Faut-il compléter un questionnaire de santé?

Cela dépend du nombre d'employés que compte votre organisation. Pour les groupes de moins de 10 employés, un questionnaire de santé doit être complété par chaque employé et chaque personne à charge. Nous offrons la possibilité de verser une prime supplémentaire afin de renoncer à certaines exclusions ou d'exclure en tout ou partie une condition spécifique. Pour les groupes plus importants, constitués de 10 employés ou plus, aucun questionnaire de santé n'est requis. Cela signifie que les maladies préexistantes et chroniques sont couvertes, qu'aucun délai d'attente ne s'applique, et que tous les assurés sont entièrement pris en charge dès le premier jour.

6. A quelle date débute la prise en charge de mes employés?

Pour les groupes de moins de 10 employés, la prise en charge débute à la date d'approbation de leur demande d'affiliation par notre conseiller médical.

Pour les groupes de 10 employés ou plus, pour lesquels il n'est pas nécessaire d'attendre l'acceptation d'un formulaire de santé, la prise en charge débute à la date d'affiliation.

7. Y-a-t-il une limite d'âge pour l'affiliation?

Aucune limite d'âge spécifique ne s'applique pour l'affiliation à la couverture d'assurance santé de base.

8. Que se passe-t-il lorsqu'un employé revient dans son pays d'origine?

Veillez nous informer par écrit de la date exacte du retour de vos employés dans leur pays d'origine. Leur couverture peut être étendue pendant une période maximale de 3 mois afin de leur laisser le temps de s'affilier à un régime de sécurité sociale local ou de souscrire une autre assurance privée.

9. Les membres de la famille de mes employés peuvent-ils être également pris en charge?

Oui. L'époux/épouse (conjoint) et les enfants de vos employés peuvent être affiliés à tout moment. Les enfants à leur charge peuvent être couverts dès leur naissance, jusqu'à l'âge de 26 ans.

10. L'évacuation et le rapatriement sont-ils pris en charge?

L'évacuation et le rapatriement pour raison médicale sont inclus dans toutes les options. Veuillez consulter le Tableau des garanties pour obtenir des informations détaillées concernant les prestations. Des plafonds de remboursement s'appliquent.

11. Les médicaments et les vaccins contre la malaria sont-ils pris en charge?

Oui. Veuillez consulter la section 'Soins ambulatoires' du Tableau des garanties.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

1. Mes employés peuvent-ils bénéficier d'un traitement au sein de n'importe quel hôpital?

Oui. Vos employés et les personnes à leur charge sont entièrement libres de choisir l'hôpital, les médecins et les spécialistes qu'ils consultent. Ils peuvent consulter le professionnel de santé de leur choix dans leur zone de couverture. Notre réseau de plus de 11.500 hôpitaux, médecins et spécialistes conventionnés est également à leur service et leur propose le règlement direct de leurs soins, ainsi que des réductions que nous avons négociées.

2. Comment mes employés peuvent-ils éviter d'avancer certains frais?

- › En cas d'hospitalisation planifiée, ils doivent nous contacter suffisamment à l'avance pour nous permettre d'organiser le règlement direct* de leurs frais.
- › Le règlement direct est également possible en cas d'urgence ou d'accident. Pour en bénéficier, il suffit aux assurés de présenter leur carte d'affiliation au professionnel de santé lors de l'admission et de demander à l'un de leurs proches de nous prévenir le plus tôt possible. Les assurés peuvent nous contacter en utilisant les coordonnées figurant au recto de leur carte d'affiliation. Les coordonnées réservées aux professionnels de santé figurent au verso des cartes d'affiliation.

En cas de perte ou d'oubli de leur carte d'affiliation, les assurés peuvent télécharger ou transmettre par email une version électronique de la carte pour eux ou les personnes à leur charge dès qu'ils en ont besoin. Ils peuvent accéder à ce service à partir de leurs pages web personnelles ou sur la nouvelle application mobile Cigna Health Benefits, qu'ils peuvent télécharger sur l'Apple App StoreSM et Google PlayTM pour les téléphones sous Android.

*Le règlement direct ne peut être mis en place dans des pays frappés de sanction.

3. Comment les assurés peuvent-ils se procurer un certificat d'assurance?

Ils peuvent télécharger leur certificat sur leurs pages web personnelles.

DEMANDES DE REMBOURSEMENT ET SERVICES DE COMMUNICATION

1. Que doivent faire les assurés si un traitement doit leur être dispensé en urgence?

Ils doivent composer le numéro figurant au recto de leur carte d'affiliation (24h/24 et 7j/7). Un numéro unique est disponible pour Cigna Africa (+ 32 3 217 11 19). Ce numéro permet d'accéder à un service centralisé traitant tout type de question. Les appels peuvent être transférés à notre partenaire chargé des rapatriements si une évacuation médicale d'urgence s'avère nécessaire.

2. En combien de temps les remboursements sont-ils effectués?

Nous visons une procédure de remboursement rapide et sans contrainte: nous traitons 99% des demandes de remboursement dans un délai de 5 jours à compter de la réception de l'ensemble des documents.

3. Comment un assuré peut-il vérifier s'il sera bien couvert avant de bénéficier d'un traitement?

En cas d'hospitalisation planifiée, nous recommandons à nos assurés de consulter leurs garanties sur leurs pages web personnelles ou de contacter le Centre de contact, 24h/24 et 7j/7, afin de vérifier si le traitement en question est pris en charge par leur assurance.

4. Les assurés peuvent-ils obtenir une aide par téléphone?

Oui. Les agents de notre Centre de contact sont à leur écoute 24h/24, 7j/7, 365 jours par an.

5. A quelles informations et à quels services peut-on accéder en ligne?

Les assurés peuvent trouver l'ensemble des informations relatives à leur assurance et accéder à nos services à tout moment et depuis n'importe quel endroit, en consultant leurs pages web personnelles. Ils peuvent y effectuer une recherche dans notre annuaire des professionnels de santé, obtenir des instructions pour introduire leurs demandes de remboursement, télécharger des formulaires personnalisés, consulter leurs remboursements, effectuer une demande de remboursement en ligne et télécharger une version électronique de leur carte d'affiliation.

6. Comment les assurés peuvent-ils obtenir des conseils ou une assistance?

S'ils ont besoin d'aide ou de conseils, une ligne d'assistance est à leur disposition 24h/24 et 7j/7, en plusieurs langues. Les coordonnées de ce service, indiquées ci-dessous, figurent également au verso des cartes d'affiliation:

- › Ligne d'assistance 24h/24, 7j/7: + 32 3 293 11 19
- › Fax 24h/24, 7j/7: + 32 3 663 28 57
- › Adresse email, 24h/24, 7j/7: cigna-africa@cigna.com

7. Que se passe-t-il si un assuré a débuté ou presque terminé un traitement à la date d'affiliation?

Pour les groupes de plus de 10 employés, la souscription de cette nouvelle assurance n'a aucune incidence sur les traitements en cours. Toutes les hospitalisations et les séries de traitements approuvées par l'assureur actuel de vos employés seront couvertes par Cigna Africa.

8. Les assurés sont-ils couverts en cas d'accident?

Oui. L'assurance ne fait pas la distinction entre une maladie et un accident et couvre les assurés 365 jours par an pour les traitements médicaux consécutifs à un accident.

9. De quelle manière les assurés seront-ils remboursés?

Les remboursements peuvent être effectués par virement sur leur compte bancaire*.

*Le règlement direct ne peut être mis en place dans des pays frappés de sanction.

DEFINITIONS

1. Qu'est-ce qu'une chambre individuelle standard?

Une chambre individuelle standard est une chambre à un lit, habituellement la chambre individuelle moins chère dans un hôpital.

2. Qu'entend-on par médicaments sur ordonnance?

Les médicaments sur ordonnance sont des produits nécessaires pour traiter une maladie et qui ne peuvent être obtenus sans l'ordonnance d'un médecin (ceci exclut donc les médicaments en vente libre).

3. A quoi correspond le pays d'accueil?

Le pays d'accueil est le pays dans lequel l'assuré réside et travaille (déclaré sur le formulaire de souscription).

4. A quoi correspond le pays d'origine?

Il s'agit du pays où l'assuré réside ou avait normalement résidé et à partir duquel il s'est expatrié vers un autre pays (déclaré sur le formulaire de souscription). Si le pays d'origine ne peut pas être défini ainsi, on désignera par pays d'origine le pays dont l'assuré a la nationalité et dont il possède le passeport.

5. A quoi correspondent les frais raisonnables et habituellement pratiqués?

Les frais de soins sont considérés comme Raisonables et habituellement pratiqués s'ils correspondent aux tarifs habituellement pratiqués pour un service ou une prestation similaire et s'ils n'excèdent pas les tarifs normaux dans les meilleures conditions possibles pour un tel service ou une telle prestation dans la localité où le service ou la prestation est administré(e). Si les frais habituellement pratiqués ne peuvent être déterminés en raison de la nature inhabituelle du service ou de l'équipement fourni, le Gestionnaire déterminera au nom de l'Assureur dans quelle mesure les frais sont raisonnables en tenant compte:

- de la complexité impliquée;
- du degré de compétence professionnelle nécessaire;
- de tout autre facteur pertinent.

Veuillez consulter les modalités et conditions de notre police d'assurance pour obtenir une liste complète des garanties, des exclusions et des limitations. Il se peut qu'une couverture ne soit pas disponible dans une région où la loi en vigueur interdit la commercialisation.

Cigna International Health Services BVBA • Plantin en Moretuslei 299 • 2140 Antwerpen • Belgium • RPR Antwerpen • VAT BE 0414 783 183 • FSMA 13799 A-R

Cigna International Health Services exerce des activités de courtier en (ré)assurance et d'administrateur tiers. Elle est soumise à la supervision de l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA) en Belgique.

«Cigna» désigne Cigna Corporation et/ou ses filiales et sociétés affiliées. Cigna International et Cigna Global Health Benefits désignent ces filiales et sociétés affiliées. Les produits et services ne sont pas fournis par Cigna Corporation, mais par lesdites filiales et sociétés affiliées et d'autres sociétés sous contrat. «Cigna» est une marque de service déposée.

Le présent document est exclusivement fourni à titre d'information. Il est réputé exact à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il n'établit aucune obligation contraignante ni ne constitue une quelconque partie de votre contrat de police avec Cigna. Les informations contenues dans le présent document ne doivent pas être interprétées comme des conseils juridiques, médicaux ou fiscaux. Comme toujours, nous vous recommandons de consulter vos conseillers juridiques, médicaux et/ou fiscaux indépendants. Il se peut que les produits et services ne soient pas disponibles dans toutes les juridictions; ils se voient expressément exclus lorsque la loi en vigueur en interdit la commercialisation.

Le contenu sous licence est exclusivement utilisé à titre indicatif. Toute personne représentée dans le contenu sous licence est un modèle. Les informations disponibles sur cette brochure, en ce compris les témoignages cités et les conseils, ne constituent pas des avis médicaux et ne peuvent se substituer à la consultation d'un médecin. Lors de l'élaboration de cette brochure, toutes les mesures nécessaires ont été mises en œuvre pour s'assurer de l'exactitude des informations présentées. Cigna International Health Services BVBA ne peut être tenue pour responsable de l'inexactitude, d'une mauvaise compréhension ou d'une utilisation inappropriée d'une quelconque information.

La société mentionnée ci-dessous fournit la couverture de l'assurance: Cigna Global Insurance Company Limited, St Martin's House, Le Bordinge, St Peter Port, Guernsey GY1 4AU