

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier les garanties sur un ou des territoires déterminés, moyennant un préavis de quinze jours au Souscripteur.

4/ Formalités à effectuer pour la prise en charge des frais médicaux

En cas d'Hospitalisation à l'étranger, l'Adhérent peut obtenir une prise en charge, afin de lui éviter l'avance des fonds en contactant le +33 (0) 1 76 36 04 63 ou par e-mail : hospitalizations@expatpa.com Les frais seront directement réglés à l'hôpital par le gestionnaire de santé ExpaTPA.

En cas d'hospitalisation en France, l'Adhérent doit présenter sa carte vitale (ou son attestation CFE). L'hôpital se chargera d'organiser la prise en charge avec la CFE. En cas de reste à charge, l'Adhérent doit régler puis envoyer une demande de remboursement à ExpaTPA.

E-claiming :

Pour les demandes de remboursement dont le montant est inférieur ou égal à **500 Euros**, et afin d'optimiser les délais de traitement des dossiers, les adhérents doivent déposer leurs documents (pièces justificatives, factures, ordonnances) sur leur Espace Assuré CFE (www.cfe.fr), qui fera le lien avec ExpaTPA pour le remboursement complémentaire.

Il est précisé que l'Assureur se réserve le droit de réclamer les originaux pendant 18 mois suivant la date de remboursement dans un souci de contrôle et de prévention de la fraude.

En cas d'impossibilité pour l'assuré de fournir les originaux, à la demande de l'Assureur le bénéficiaire de la garantie s'engage à lui reverser, dans les meilleurs délais, les prestations perçues sur la base des documents numérisés. Ainsi, l'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à l'Adhérent.

Pour les autres cas, les documents sont à adresser à : **ExpaTPA – 142 rue de Rivoli – 75001 Paris – France - Tel : +33 (0)1 76 36 04 63 / Email : acs@expatpa.com**

Documentation à fournir

En cas de *Maladie* : les factures détaillées avec ordonnances et feuilles de soins comportant les vignettes pour le remboursement des médicaments.

En cas d'*Hospitalisation* (si une prise en charge n'a pas été délivrée) : les justificatifs de l'*Hospitalisation*, factures, notes d'honoraires.

En cas d'accouchement à domicile : un extrait d'acte de naissance de l'enfant.

L'Assureur peut demander tout autre justificatif complémentaire qui lui est nécessaire.

Aucune copie, photocopie ou duplicata de facture n'est acceptée.

Approbation préalable

Le remboursement :

- des frais d'*Hospitalisation* (à l'*Hôpital* ou à domicile)
- des soins de rééducation physique immédiatement après une *Hospitalisation*
- d'IRM
- de physiothérapie (au-delà de 10 séances)
- de kinésithérapie
- de chiropraxie
- d'ostéopathie
- d'homéopathie



- d'acupuncture
- des *Frais d'Accouchement*,

est soumis à l'approbation préalable de l'assureur, sauf en cas d'*Urgence*. Chaque admission à l'Hôpital doit être notifiée à l'assureur au moins 10 jours avant l'admission réelle et dans un délai de 48 heures pour les *Hospitalisations* qui suivent une *Urgence*.

L'assureur se réserve le droit de ne pas rembourser de dépenses qui n'ont pas été notifiées par avance comme le demande le contrat. Si, après cela, un traitement devient médicalement nécessaire, l'assureur ne rembourse que 80 % du montant indiqué pour les prestations en cas d'Hospitalisation et 50 % pour les autres prestations.

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'Adhérent.

Tout manquement à cette obligation pourrait entraîner un refus de prise en charge.

Dans le cadre de l'analyse d'un dossier, l'expert médical de l'assureur peut être amené à demander toute information et pièce justificative nécessaire pour traiter le sinistre. Si les documents fournis s'avèrent incomplets ou soulèvent un doute l'expert médical de l'Assureur est habilité à demander des données aux organisations et personnes suivantes dans le cadre du respect de l'Article relatif aux Données personnelles :

- Médecins,
- Hôpitaux,
- Autres institutions médicales,
- Maisons de soins,
- Personnel soignant,
- Autres assureurs,
- Les organismes d'assurance maladie de base,
- Les organisations d'assurance professionnelle, et
- Organismes officiels.

Dans l'hypothèse où les assurés, y compris les ayant-droits et/ou bénéficiaires, tels que définis au présent contrat, rejettent explicitement la collecte de leurs données personnelles dans le cadre du traitement des sinistres ou révoquent leur consentement, l'Assureur ne pourra être tenu responsable du non-paiement des prestations.

Toute information fournie par l'Adhérent ou l'une des personnes à sa charge qui s'avérera erronée, falsifiée, exagérée, ou encore tous agissements frauduleux ou dolosifs de leur part entraîneront la responsabilité directe de l'Adhérent et la répétition des sommes indûment payées par l'Assureur sur la base de ces données incorrectes.

5/ Prescription

PRESCRIPTION DES ACTIONS DÉRIVANT DU CONTRAT D'ASSURANCE

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance 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 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

