

QUESTIONS

1. **En quoi consistent les soins hors hospitalisation ?**

Il s'agit des traitements qui ne requièrent pas d'hospitalisation.

2. **En quoi consistent les soins avec hospitalisation ?**

Il s'agit des traitements qui nécessitent une hospitalisation. Il y a hospitalisation des qu'une fiche d'admission est remplie par l'assuré; indépendamment du nombre d'heures que dure cette admission.

3. **Qu'est-ce qu'une période d'attente (délai de carence)?**

C'est la période pendant laquelle le bénéficiaire ne peut faire de réclamation. La période d'attente commence au moment de l'admission à un plan d'assurance médicale ou au moment de la création de celui-ci.

4. **Combien de types de période d'attente y a-t-il dans notre plan d'assurance médicale ?**

Il y en a deux :

- (a) Période d'attente générale
- (b) Période d'attente spécifique

Cela sera précisé dans les Conditions Particulières du Contrat

5. **Quelle est la durée maximale pour chacune des périodes d'attente ?**

- (a) Période d'attente générale : 3 mois
- (b) Période d'attente spécifique : dépendant de la nature de la maladie

NB: Les maladies préexistantes ne seront pas couvertes. Ce sont les maladies dont vous souffrez déjà, ou, avez souffert, au moment où vous vous êtes joint(e) à votre Plan d'assurance santé; et ceci, même si la-dite maladie a évoluée depuis.

6. **Dans quel cas n'applique-t-on pas de période d'attente ?**

En cas d'accident.

Si vous étiez précédemment sous une autre assurance médicale pour les mêmes montants et que les deux (2) périodes d'assurances se suivent.

7. **Qu'est-ce qu'une franchise ?**

C'est le montant qui n'est pas remboursé par l'assurance et qui est à la charge de l'assuré. Il s'agit d'un pourcentage (%) du montant total d'une réclamation, d'un montant fixe, ou, d'un mixe des deux. La franchise s'applique une seule fois pour chaque traitement, étant entendu que la durée maximum pour un traitement est de vingt et un (21) jours.

8. **Quelle est la franchise appliquée dans chaque cas ?**

- (a) Frais d'hospitalisation : généralement, pas de franchise
- (b) Frais hors hospitalisation et couverture catastrophe : dépendant des conditions en vigueur.

Les détails seront spécifiés dans les Conditions Particulières du contrat.

9. **Qui peuvent être considérés comme bénéficiaires ?**

- (a) Adultes: époux / épouse
- (b) Enfants: les enfants placés en famille d'accueil peuvent aussi être considérés comme bénéficiaires

10. **Quelle est la limite d'âge pour les enfants ?**

La limite est de 18 ans. Elle est de 25 ans pour les enfants enregistrés comme étudiants à plein temps auprès d'une institution reconnue et dépendant financièrement du bénéficiaire principal, ou suivant une formation professionnelle non rémunérée.

A noter qu'une prime adulte sera applicable pour les dépendants qui ont atteint 18 ans.

11. **Quand peut-on inclure les nouveaux nés au plan ?**

A partir de l'âge d'un mois. Les termes et conditions applicables seront les mêmes que ceux du bénéficiaire principal.

12. **Quand peut-on inclure de nouveaux bénéficiaires adultes au plan ?**

A tout moment à partir de la date du mariage. Les termes et conditions applicables seront les mêmes que ceux du bénéficiaire principal.

13. **Quelles sont les procédures en cas de traitement médical à l'étranger ?**

Pour les traitements 'hors hospitalisation' : une visite médicale chez un médecin par exemple:

Vous devrez régler tous les frais encourus et nous soumettre votre réclamation dès votre retour

Afin de traiter toute réclamation en cas de traitement ne nécessitant pas une hospitalisation, il est impératif de fournir les documents suivants à la compagnie d'assurance : formulaire de réclamation reçus originaux, ordonnance pour médicaments / analyses, et rapport médical mentionnant la nature de la maladie.

Si le traitement n'est pas disponible à Maurice:

(a) Pour ceux qui possèdent une Carte d'Assistance

(i) Soins avec hospitalisation

Les traitements ne pouvant être prodigués à Maurice seront couverts à l'étranger, au coût applicable en Afrique du Sud ou à l'île de la Réunion. Un rapport médical certifiant de la nécessité du traitement sera exigé.

Veillez noter que dans tous ces cas, la demande d'avoir le traitement effectué à l'étranger devra recevoir l'approbation de notre conseiller médical - qui peut avoir à prendre contact avec votre médecin traitant.

En cas d'urgence à l'étranger, une prise en charge sera émise selon les termes et conditions de la police d'assurance.

Si un traitement avec hospitalisation est disponible à Maurice mais le bénéficiaire choisit de se rendre à l'étranger, le dit traitement sera payable au coût applicable à Maurice.

(ii) Soins hors hospitalisation

A la réception des documents mentionnés précédemment, les frais encourus seront **remboursés** selon les termes et conditions de la police d'assurance.

(b) Pour ceux qui ne possèdent pas de Carte d'Assistance

(i) Soins avec hospitalisation

En cas d'urgence à l'étranger, il vous faudra effectuer le paiement d'abord, et une fois de retour à Maurice, vous nous ferez parvenir tous les documents requis dans le délai contractuel de **trois (3) mois**. Le remboursement sera alors effectué selon les termes et conditions de la police d'assurance.

Si un traitement avec hospitalisation est disponible à Maurice mais le bénéficiaire choisit de se rendre à l'étranger, le dit traitement sera remboursé au coût applicable à Maurice et selon les termes de la Police.

(ii) Soins hors hospitalisation

A la réception des documents mentionnés précédemment, les frais encourus seront remboursés selon les termes et conditions de la police d'assurance.

14. **La vaccination est-elle couverte par Medicaid?**

Non. Aucun remboursement ne sera effectué pour les vaccinations.

PROCEDURES ET TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

1. **Quel est le délai pour soumettre une réclamation?**

Vous devrez nous faire parvenir toutes vos réclamations au plus tard 3 mois après avoir reçu le traitement.

Merci de noter que c'est le cas même si votre traitement est supérieur à 3 mois. N'attendez pas que le traitement soit terminé avant d'envoyer votre réclamation, ou vous ferez l'objet d'une notification tardive et n'aurez pas droit à un remboursement.

2. **Comment procéder à une réclamation suite à une hospitalisation ('In Patient')?**

Il y a 2 types de réclamations 'In Patient':

- Si l'opération chirurgicale est prévue d'avance, une pré-autorisation est fortement conseillée. Informez le département des réclamations médicales dès que vous êtes au courant que vous devrez subir une intervention. Cela nous permettra d'obtenir toutes les confirmations nécessaires préalables à la confirmation de la Prise en Charge, nous permettant donc de vous remettre une pré-autorisation afin que vous puissiez procéder à votre admission en toute sérénité.
- Pour les urgences médicales (ex: attaque cardiaque), où il n'est pas possible d'obtenir une autorisation avant l'admission en clinique, il est primordial de présenter votre **carte médicale** et votre **carte d'identité**.

3. **Procédure pour l'admission en clinique lorsque l'opération chirurgicale est prévue d'avance**

- Pour toutes admissions autres que les urgences médicales, le bénéficiaire doit obtenir une lettre de pré-autorisation de la compagnie d'assurance 48 heures avant l'admission. Ceci peut être fait en appelant la Mauritius Union – General Insurance au **203 2540** pendant les heures de bureau au **729 1910** après les heures de bureau.
- Si votre admission est autorisée par la compagnie d'assurance, une "prise en charge" sera envoyée à la clinique concernée avant l'admission. Cette "prise en charge" représentera une garantie de paiement pour la clinique, et ce jusqu'à votre plafond.

LE NON-RESPECT DE CES CONDITIONS POURRAIT ENTRAINER DES PENALITES, PRELEVEES DU MONTANT DE LA RECLAMATION, OU L'ANNULATION DE LA RECLAMATION, A LA SEULE DISCRETION DU MAURITIUS UNION GROUP.

4. **Comment les remboursements sont-ils effectués ?**

Les remboursements sont faits par chèque ou sont crédités sur le compte de l'assuré dans un délai de quinze (15) jours ouvrables à partir de la date à laquelle vous nous aurez soumis TOUS les documents justificatifs: formulaire de réclamation reçus originaux, ordonnance pour médicaments / analyses, et rapport médical mentionnant la nature de la maladie.

Tous les remboursements faisant suite à une hospitalisation seront faits selon le barème de coûts en vigueur (Scale of costs). Vous avez reçu, avec votre Police d'Assurance, la liste de médecins qui ont souscrits à ce barème et qui ne vous factureront pas au-dessus des montants agréés.

Vous êtes libre de consulter tout médecin de votre choix, sachant que votre assurance vous remboursera uniquement à hauteur du barème agréé.

CONTACT POUR LE DEPARTEMENT DES RECLAMATIONS

Comment nous contacter pendant et après les heures ouvrables ?

08h30 à 16h30 – toutes vos requêtes seront traitées par nos agents au **203 2540**

16h30 à 08h30 – après les heures ouvrables et durant le week end, vous pouvez contacter l'un de nos agents au **729 1910**.