



A GUIDE TO YOUR ELITE GLOBAL HEALTH PLAN

A COLLABORATION BETWEEN TWO OF THE MOST RESPECTED NAMES IN GLOBAL HEALTHCARE

1 October 2023



CONTENTS

- 3 Introduction
- 4 When you're awake, we're awake
- 6 Need **treatment**?
- 8 Welcome to MembersWorld
- 10 Wellbeing Services
- 12 The Claiming Process
- 15 Want to add more people to **your health plan**?
- 17 **Your health plan** benefits
 - Table of benefits
 - Exclusions
 - Terms and Conditions
 - Glossary

HELLO

With a **health plan** from **Bupa Global** and **Blue Cross Blue Shield Global**, **you** benefit from the combined strength, scale, and expertise of two of the most respected names in global healthcare.

Within this **guide**, **you'll** find easy to understand information about **your health plan**, including:

- o advice on what to do when **you** need **treatment**
- o simple steps to understanding the claims process
- o a 'Table of benefits' and list of 'General exclusions' which outline what is and isn't covered along with any benefit limits that might apply
- o a 'Glossary' to help understand the meaning of some of the terms used

To make the most of **your health plan**, please read the 'Table of benefits' and 'General exclusions' sections carefully to get a full understanding of **your** cover, along with **your** 'Terms and Conditions' also enclosed in **your** welcome pack.

BEFORE **WE** GET STARTED, THERE ARE A FEW THINGS **WE** WOULD LIKE TO BRING TO **YOUR** ATTENTION...

YOUR INSURER	Bupa Global is the sole insurer of this plan.
YOUR GEOGRAPHICAL AREA FOR COVERAGE IS WORLDWIDE	As long as it is covered by your health plan , you can have your treatment at any recognised medical practitioner, hospital or clinic in the world. To view a summary of hospitals visit Facilities Finder at https://bupaglobal.com/facilitiesfinder .
BOLD WORDS	Any words written in bold are defined terms that are relevant to your cover. You can check their meaning in the 'Glossary'.
WORDS OR TEXT HIGHLIGHTED IN YELLOW	Any words or text highlighted in yellow are words or text that Bupa Global wish to make more visible to you which relate to cancellations, penalties and/or exclusions on your policy . Please do not hesitate to contact us if you have any queries regarding the highlighted sections.
TREATMENT THAT WE COVER	Your Elite Global Health Plan covers the treatment cost for a disease, illness or injury that leads to the conservation of your condition, your recovery or you getting back to your previous state of health. This includes treatment for chronic, congenital and hereditary conditions that may be covered, depending on underwriting. Your treatment is covered if it is: - o covered under the health plan - o at least consistent with generally accepted standards of medical practice in the country in which treatment is being received - o clinically appropriate in terms of type, duration, location and frequency Your Elite Global Health Plan also provides preventive benefits to help keep you healthy. You can find these in the 'Table of benefits'.
ACCESSING CARE IN THE U.S.	As part of your health plan , you have access to the broadest coverage in the U.S. via Blue Cross Blue Shield's networks . To find out more, please visit https://bupaglobalaccess.com

ANY QUESTIONS? **We'll** be happy to help.
Get in touch using the details printed on **your** insurance cards.

Bupa Global is a trade name of **Bupa**, the international health and care company. **Bupa** is an independent licensee of **Blue Cross and Blue Shield Association**. **Bupa Global** is not licensed by **Blue Cross and Blue Shield Association** to sell **Bupa Global/Blue Cross Blue Shield Global** co-branded products in Argentina, Canada, Costa Rica, Panama, Uruguay and US Virgin Islands. In Hong Kong, **Bupa Global** is only licensed to use the **Blue Shield** marks. Please consult **your policy** terms and conditions for coverage availability. **Blue Cross and Blue Shield Association** is a national federation of 36 independent, community-based and locally operated **Blue Cross and Blue Shield** companies. **Blue Cross Blue Shield Global** is a brand owned by **Blue Cross and Blue Shield Association**. For more information about **Bupa Global**, visit www.bupaglobalaccess.com, and for more information about **Blue Cross and Blue Shield Association**, visit www.BCBS.com

WHEN YOU'RE AWAKE, WE'RE AWAKE

You can call **us** at any time of the day or night for healthcare advice, support and assistance by medically trained people who understand **your** situation.

You can ask **us** for help with*:

- general medical information
- finding local medical facilities
- arranging medical second opinions
- travel information
- security information
- information on inoculation and visa requirements
- **emergency** message transmission
- interpreter and embassy referral

You can ask **us** to arrange evacuations and repatriations, including:

- air ambulance transportation
- commercial flights, with or without medical escorts
- stretcher transportation
- transportation of mortal remains
- travel arrangements for relatives and escorts

We believe that every person and situation is different and focus on finding answers and solutions that work specifically for **you**. **Our** assistance team will handle **your** case from start to finish, so **you** always talk to someone who knows what is happening.

Easier to read information

If **you** would like to receive **your** product literature in large print, audio or Braille format, please contact **us** using the number on **your** membership card.

* **We** obtain the above health, travel and security information from third parties. **You** should check this information as **we** do not verify it, and so cannot be held responsible for any errors or omissions, or any loss, damage, illness and/or injury that may occur as a result of this information.

NEED TREATMENT?

We want to make sure everything runs as smoothly as possible when **you** need **treatment**, so we help take care of the practicalities so **you** can focus on getting better.

If **you** contact **us** before going for **treatment**, **we** can explain **your** benefits and confirm that **your treatment** is covered by **your health plan**. If needed **we** can also help with suggesting **hospitals**, clinics and **doctors** and offer any help or advice **you** may need.

In cases where **you** need **hospital treatment**, contacting **us** also gives **us** an opportunity to contact **your hospital** or clinic and make sure they have everything they need to go ahead with **your treatment**. If possible **we** will arrange to pay them directly too.

We would like to make **you** aware that there are certain benefits for which **you must** receive pre-authorisation. These are detailed in **your** ‘Table of benefits’. Benefits may not be paid unless pre-authorisation has been provided.

The pre-authorisation process
You can pre-authorise **your treatment** by phone or email. Once **we** have the necessary details, **we** send a pre-authorisation statement to **your hospital** or clinic.

We also send **you** a pre-authorisation statement. This can be used as a claim form to send back to **us** if **you** receive any invoices or are asked to pay for any aspect of **your treatment** yourself. More detail is provided on the claims process on the next page.

From time to time **we** may ask **you** for more detailed medical information, for example, to rule out any relation to a **pre-existing condition**.

Remember we can offer a second medical opinion service

The solution to health problems isn’t always black and white. That’s why **we** offer **you** the opportunity to get another opinion from leading international **specialists**.

Pre-authorisation complete and now going for treatment?
Always remember to keep **your** insurance cards with **you** and present the appropriate card to **your benefit provider** when **you** arrive.

Our approach to costs
When **you** are in need of a **benefit provider**, **our** dedicated team can help **you** find a **recognised medical practitioner, hospital or healthcare facility** within **network**. Alternatively, **you** can view a summary of **benefit providers** on Facilities Finder at <https://bupaglobal.com/en/facilities/finder>. Where **you** choose to have **your treatment** and services with a **benefit provider** in **network**, **we** will cover the costs of any **covered benefits**, once any applicable **co-insurance** or deductible amount which **you** are responsible to pay has been taken from the total claimed amount.

Should **you** choose to have **covered benefits** with a **benefit provider** who is not part of **network**, **we** will only cover costs that are **reasonable and customary**. This means that the costs charged by the **benefit provider** must be no more than they would normally charge, and be similar to other **benefit providers** providing comparable health outcomes in the same geographical region. These may be determined by **our** experience of usual, and most common, charges in that region. Government or official medical bodies will sometimes publish guidelines for fees and medical practice (including established **treatment** plans, which outline the most appropriate course of care for a specific condition, operation or procedure). In such cases, or where published insurance industry standards exist, **we** may refer to these global guidelines when assessing and paying claims. Charges in excess of published guidelines or **reasonable and customary** made by an ‘out-of-**network**’ **benefit provider** will not be paid.

This means that, should **you** choose to receive **covered benefits** from an ‘out-of-**network**’ **benefit provider**:

- **you** will be responsible for paying any amount over and above the amount which **we** reasonably determine to be **reasonable and customary** – this will be payable by **you** directly to **your** chosen ‘out-of-**network**’ **benefit provider**;
- **we** cannot control what amount **your** chosen ‘out-of-**network**’ **benefit provider** will seek to charge **you** directly.

There may be times when it is not possible for **you** to be treated at a **benefit provider** in **network**, for example, if **you** are taken to an ‘out-of-**network**’ **benefit provider** in an **emergency**. If this happens, **we** will cover the costs of any **covered benefits** (after any applicable **co-insurance** or deductible has been taken).

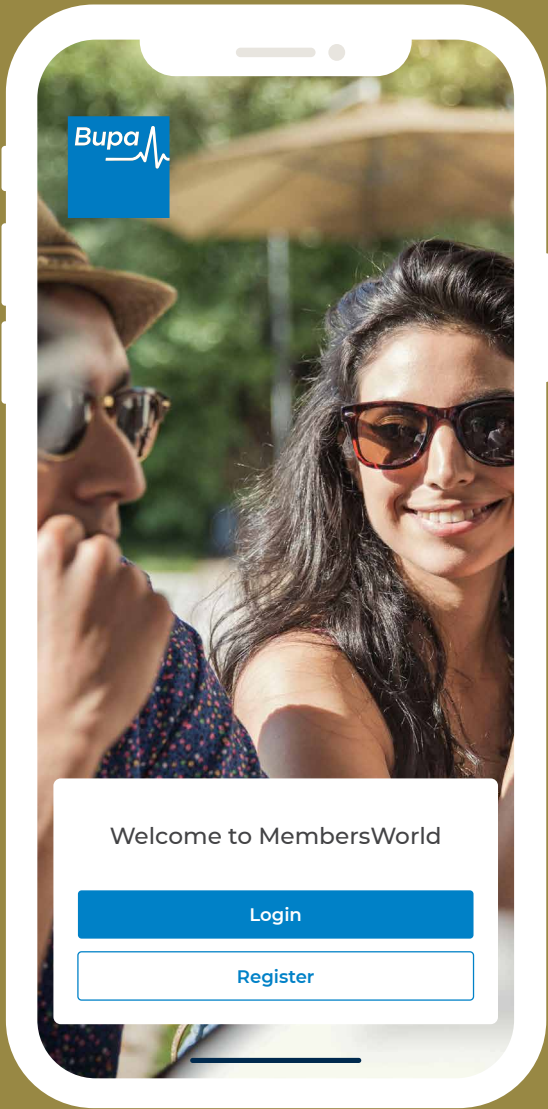
If **you** are taken to an ‘out-of-**network**’ **benefit provider** in an **emergency**, it is important that **you**, or the **benefit provider**, contact **us** within 48 hours of **your** admission, or as soon as reasonably possible in the circumstances. If it is the best thing for **you**, **we** may arrange for **you** to be moved to a **benefit provider** in **network** to continue **your treatment** once **you** are stable. Should **you** decline to transfer to a **benefit provider** in **network** only the **reasonable and customary** costs of any **covered benefits** received following the date of the transfer being offered will be paid (after any applicable **co-insurance** or deductible has been taken).

More rules may apply in respect of **covered benefits** received from an ‘out-of-**network**’ **benefit provider** in certain countries.

These charge levels may be governed by guidelines published by relevant government or official medical bodies in the particular geographical region, or may be determined by **our** experience of usual, and most common, charges in that region.



WELCOME TO MEMBERSWORLD



Welcome to MembersWorld

Login

Register

Your MembersWorld account gives **you** access to **Bupa Global** whenever **you** need it.

You can register for MembersWorld at: <https://membersworld.bupaglobal.com> and download the **Bupa Global** MembersWorld App from **your** app store.

MembersWorld is for everyone on the **policy** aged 16 and over.

All **dependants** over 16 can access these services, so it's important they register too.

If **you** are the **principal member** and would like to access information about **your dependants** in MembersWorld, they will need to register for an account and give permission. They can do this by simply going to their account settings and updating their consent options.

If **you** are not the **principal member**, **you** will not be able to access information about other **dependants** in MembersWorld.



How to access MembersWorld

You can access and register online at <https://membersworld.bupaglobal.com> with **your** favourite web browser or via **our** app.

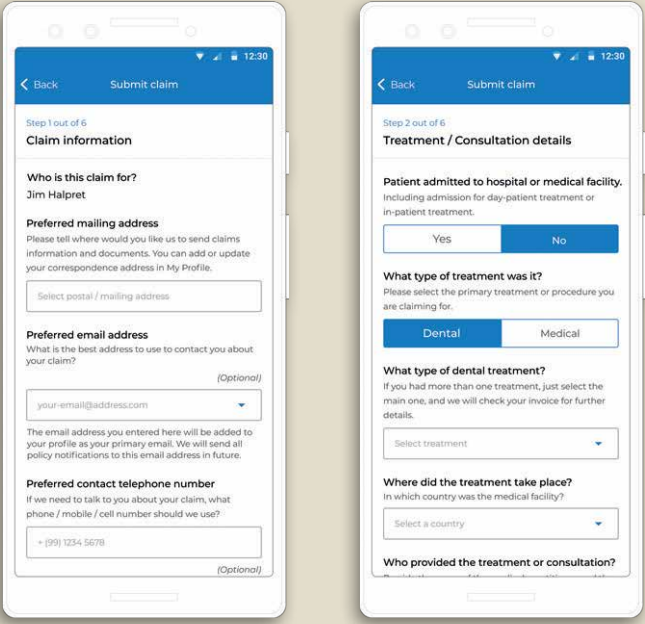
Search for “MembersWorld” on the App Store or Google Play and download to **your** device for access to **your** account on-the-go



*MembersWorld may not track claims in the U.S. as we use a **service partner** here.

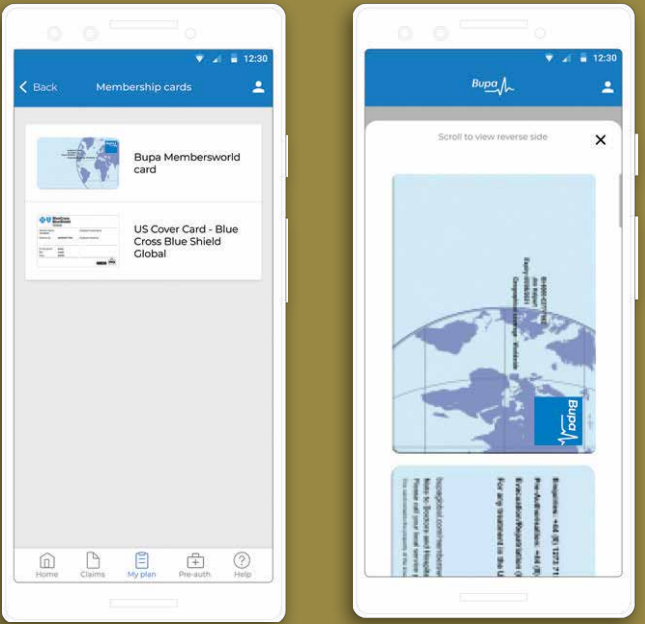
Claims and pre-authorisations

- Submit claims*
- Request pre-authorisation
- View and track progress*
- Review and send more or missing information



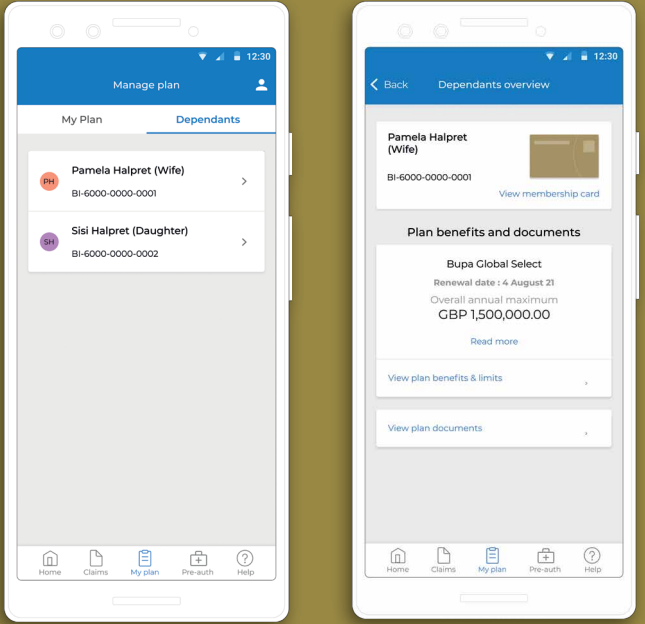
Membership cards

- Access to **your** membership cards whenever **you** need them



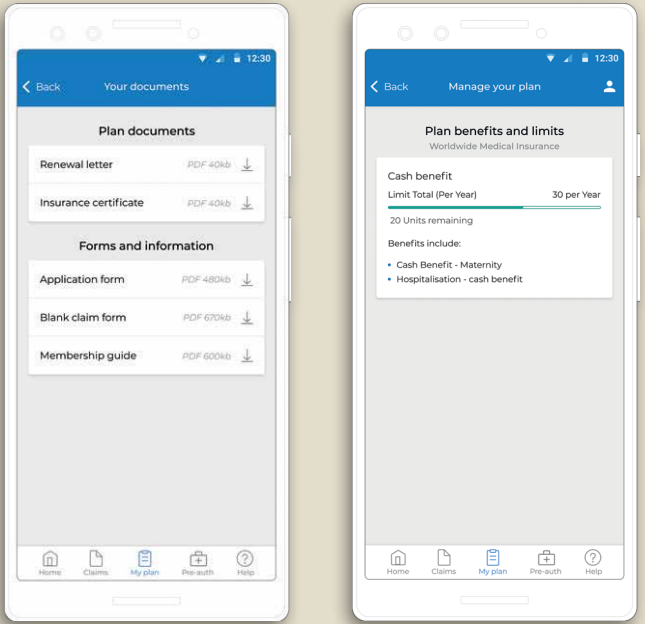
Dependants

- View **dependants'** plans, documents and membership cards
- Submit and view claims*
- Allow the **principal member** to manage a **dependants'** account



Policy documents

- View and download documents for **your** plan



WELLBEING SERVICES

At **Bupa Global** we understand wellbeing means more than simply **your** physical health. **Our** wellbeing programmes support **you** and **your** family in all the moments that matter including **your** physical and mental health. **You** can start using these wellbeing programmes right away!

They are available to **you** from the very start of **your policy** at no extra cost. The use of the services listed on this page does not impact **your policy** premiums or erode benefits from **your** plan. For more information on any of these services please contact Customer Services.

Your wellbeing

Explore **Bupa Global's** ever-growing health and lifestyle webpages at www.bupaglobal.com/en/your-wellbeing

Find a wealth of inspiring articles, practical information and easy to follow tips to help **you** and **your** family live longer, healthier, happier lives.

Second medical opinion*

As a **Bupa Global** customer, **you** can access a second medical opinion from a team of world leading international **specialist doctors**.

This virtual service can give **you** added reassurance and confidence in **your** diagnosis or **treatment** recommendation to help **you** take the most appropriate steps with regards to **your** health. An independent team of **doctors** will review **your** previous medical history, along with any proposed **treatment** and issue **you** with a detailed report including recommendations for the best approach towards optimal recovery.

To request a second medical opinion, complete an online referral form via the MembersWorld website, or contact the **Bupa Global** Customer Service team on **+44 (0) 1273 323 563** or email info@bupaglobal.com

Bupa Global retains the right to change the scope of these services. Select services* noted on this page of the membership guide are provided by independent third-party service provider(s); access to these services is procured by **Bupa Global** for **your** use. These services depend on third-party availability. **Bupa Global** assumes no liability and accepts no responsibility for information provided by the services detailed above.

Global Virtual Care*

Our virtual consult app provides **you** and **your dependants** with on demand access to a **network** of highly qualified international **doctors**. The **doctor** can help **you** and **your** family to better understand **your** symptoms and how to get the best care available - wherever **you** are in the world.

Features include (depending on local regulations):

- Video and telephonic consults
- **Doctor's** notes
- Selfcare
- Referrals
- Prescriptions

Access virtual consultations with a doctor any time of the day or night by signing-in to the MembersWorld app. If **you** haven't registered yet, go to the MembersWorld page to get started.

Download Global Virtual Care from either App Store or Google Play.



THE CLAIMING PROCESS

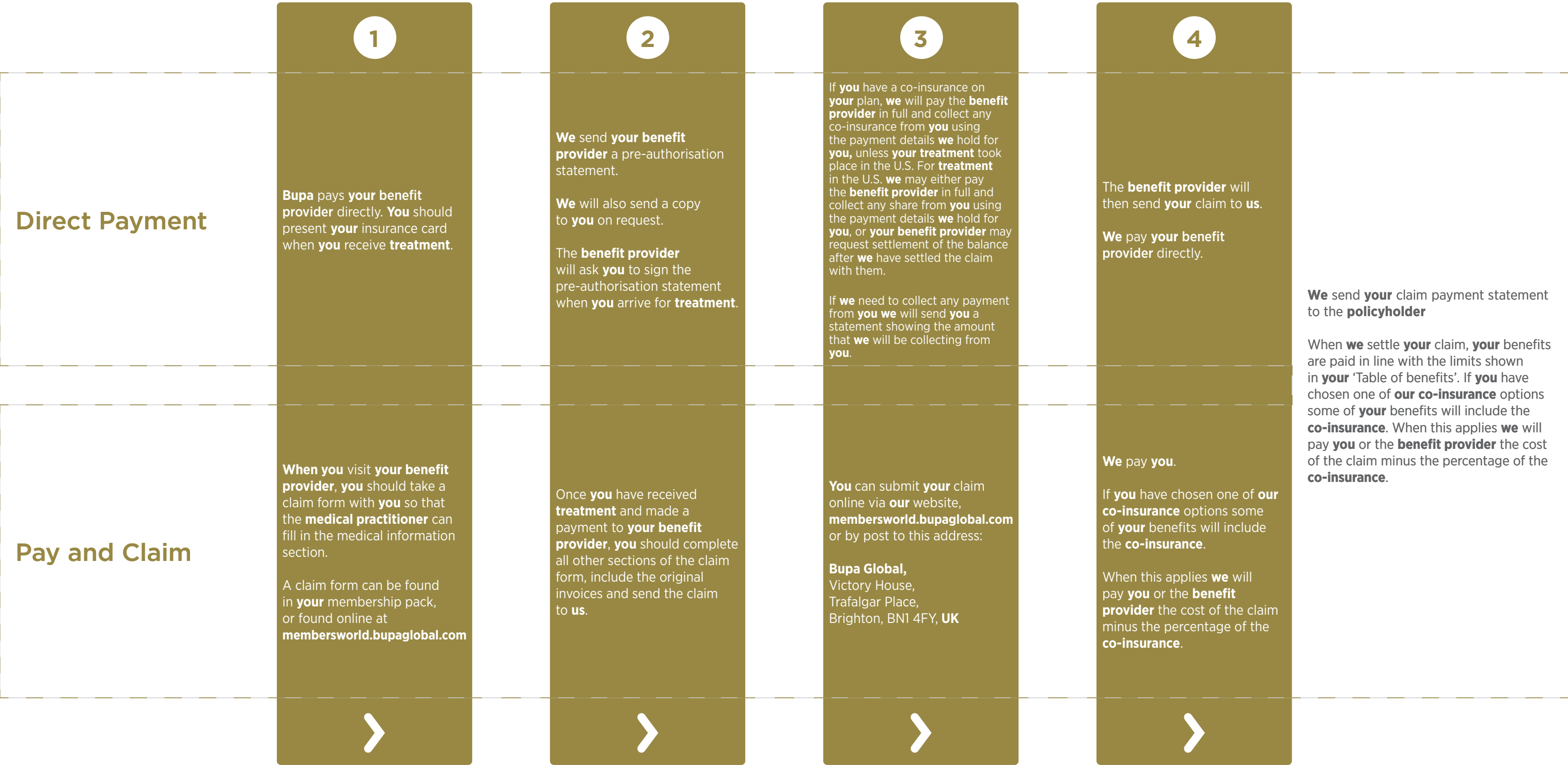
Whether **you** choose direct payment or ‘pay and claim’ **we** provide a quick and easy claims process. **We** aim to arrange direct settlement wherever possible, but it has to be with the agreement of whoever is providing the **treatment**. In general, direct settlement can only be arranged for **in-patient treatment** or **day-case treatment**. Direct settlement is easier for us to arrange if **you** pre-authorise **your treatment** first, or if **you** use a participating **hospital** or healthcare facility

How to make a claim

- The quickest way to submit **your** claim is to log on to **your** MembersWorld account and submit **your** claim electronically. **You** have the choice of submitting an on-line claim or uploading any completed claims form.
- Make sure **we** have all the information as the biggest delay to paying a claim is normally incomplete, missing or ineligible information.
- Make sure **you** have given **your** correct bank details. Reimbursement by bank transfer is by far the quickest way to receive **your** payment.

If **you** need assistance with a claim **you** can

- Call **us** on **+33 (0) 1 5732 9109**
- Email **info@bupaglobal.com**





WANT TO ADD MORE PEOPLE TO YOUR HEALTH PLAN?

You can apply to include **dependants**, including newborn children, to this **health plan** by filling in an application form

You can download this easily from <https://membersworld.bupaglobal.com>. If **you** are adding **your** newborn child please complete the, newborn application form' or **you** can contact **us** and **we** will send one to you.

It is possible to add dependants or newborn children on to a different health plan and/or include a different co-insurance for each person.

When **you** apply, the **dependant's** medical history will be reviewed by **our** medical team which may result in cover for **pre-existing conditions** or exclusions or **we** may decline to offer cover. The cover will start on the date **our** medical team accept **your** application to join. Any special restrictions or exclusions are personal to the person **you** add and will be shown on **your** insurance certificate.

Children covered at no additional cost

With **your** Elite Global **Health plan** up to two children, per insured parent or insured legal guardian, who are under 10 years of age, can be insured at no additional cost, subject to underwriting. The child being added must reside at the same address as the parent or guardian who is insured and who has legal custody of the child.

Adding your newborn child?
Congratulations on **your** new arrival!

To add **your** newborn baby **you** will need to send **us** a completed newborn application form. If:

- either parent has been a **Bupa Global** member for at least 10 months before the baby's birth and
- **we** receive the application form within 30 days of the baby's birth

we will add the baby to the **policy** from its date of birth and not apply any personal exclusions to the baby's cover.

However, if:

- neither parent has been a **Bupa Global** member for at least 10 months before the baby's birth, or
- **we** receive the application form more than 30 days after the baby was born, or
- the baby was born in the U.S.,

the baby's medical history will be reviewed by **our** medical team which may result in cover for pre-existing conditions, special restrictions or exclusions, or **we** may decline to offer cover. This means that if the baby has medical conditions that need **treatment**, these might not be covered by the **policy**. Cover will start on the date that **we** receive the application form.

If there are any changes to the information **you** provided in the application form after **you** or **your dependants** sign it and before **we** accept the application, please let **us** know straight away.



YOUR HEALTH PLAN BENEFITS

The ‘Table of benefits’ provides an explanation of what is covered on **your health plan** and the associated limits.

Benefit limits

There are three kinds of benefit limits shown in this table:

1. The ‘overall annual maximum’ – the maximum amount **we** will pay in total for all benefits, for each person, in each **policy year**.
2. Annual limits for a group of benefits – the maximum amount **we** will pay in total for all of the benefits in that group, such as **out-patient** day to day care.
3. Individual benefit limits – the maximum amount **we** will pay for individual benefits such as **rehabilitation**.

All benefit limits apply per person. Some apply each **policy year**, which means that once a limit has been reached, the benefit will no longer be available until **you** renew **your health plan**. Others apply per lifetime, which means that once a limit has been reached, no more benefits will be paid, regardless of the **renewal** of **your health plan**.

Currencies

All the benefit limits and notes are set out in three currencies: EUR, GBP and USD. The currency in which **you** pay **your** premium is the currency that applies to **your health plan** for the purpose of the benefit limits.

Waiting periods

You will notice that waiting periods apply to some of the benefits. This means that **you** cannot make a claim for that particular benefit until **you** have been covered for the full duration of the waiting period stated.

How does the co-insurance work?

If **you** have chosen a **co-insurance** this will be shown on **your** insurance certificate and **your** insurance card. Each person on **your** plan can have a different **co-insurance** so remember to check.

The **co-insurance** on this **health plan** is the percentage of all **out-patient** day to day care expenses that **you** share with **us** – please refer to **your** ‘Table of benefits’.

EXAMPLE	
With 15% co-insurance , you always pay 15% of your out-patient day to day care	
You have a consultation with your doctor which costs €80	15% out-patient day to day care co-insurance applied is €12
Amount paid by us is €68	

Later in the year you stay in hospital for 5 days which costs €8,000	As this is in-patient care the co-insurance applied is €0
Amount paid by us is €8,000	

Please note that the benefit limits shown in the ‘Table of benefits’ is the maximum paid by **us**.

TABLE OF BENEFITS

ELITE HEALTH PLAN

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
ALL BENEFITS BELOW, EVEN THOSE PAID IN FULL WILL CONTRIBUTE TO THE OVERALL ANNUAL POLICY MAXIMUM LIMIT	
ALL BENEFITS BELOW, EVEN THOSE PAID IN FULL WILL CONTRIBUTE TO THE OVERALL ANNUAL POLICY MAXIMUM LIMIT	Overall annual policy maximum GBP 3,000,000, EUR 3,750,000, USD 5,100,000
MANDATORY PRE-AUTHORISATION NEEDED FOR: ◦ obesity surgery ◦ prophylactic surgery ◦ internal cardiac defibrillator ◦ reconstructive surgery ◦ rehabilitation ◦ cancer treatment ◦ Advanced Therapy Medicinal Products (ATMPs) ◦ transportation (evacuation and (repatriation) ◦ all in-patient stays over 5 days ◦ complications of maternity and childbirth ◦ home nursing	
OUT-PATIENT DAY TO DAY CARE	
*PAID IN FULL UP TO THE ANNUAL MAXIMUM OF OUT-PATIENT DAY TO DAY CARE LIMIT OF GBP 50,000, EUR 62,500 OR USD 85,000	Annual maximum GBP 50,000, EUR 62,500 or USD 85,000
Co-insurance Options: No co-insurance Optional 15% Optional 25% Please see your insurance certificate for details of any co-insurance that applies to your out-patient day to day care benefits	
OUT-PATIENT SURGICAL OPERATIONS When carried out by a specialist or a doctor .	Paid in full*
PATHOLOGY, SCANS, X-RAY AND DIAGNOSTIC TESTS When recommended by your specialist or doctor to help diagnose or assess your condition: ◦ pathology such as blood test(s) ◦ radiology such as ultrasound or X-ray(s) ◦ diagnostic tests such as electrocardiograms (ECGs)	Paid in full*

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
SPECIALIST CONSULTATIONS AND DOCTOR'S FEES Consultations with your specialist or doctor , for example to: ◦ receive or arrange treatment ◦ follow up on treatment already received ◦ receive routine baby/childhood check-ups ◦ receive pre- and post-hospital consultations/treatment ◦ receive prescriptions for medicines, or ◦ diagnose your symptoms Any vaccinations/immunisations given along with the consultation are paid for from the vaccinations benefit. Such consultations may take place in the specialist's or doctor's office, by telephone or using the internet.	Paid in full* Up to 60 consultations each policy year
QUALIFIED NURSES Costs for nursing care, for example injections or wound dressings by a qualified nurse .	
MENTAL HEALTH Consultation fees with psychiatrists, psychologists and psychotherapists to: ◦ receive or arrange treatment ◦ receive pre- and post-hospital treatment, or ◦ diagnose your illness	
PHYSIOTHERAPISTS, OSTEOPATHS AND CHIROPRACTORS Consultations and treatment with physiotherapists , osteopaths , chiropractors for physical therapies aimed at restoring your normal physical function.	
OCCUPATIONAL THERAPIST AND ORTHOPTIST Consultations and treatment with occupational therapists and orthoptists. Note: Occupational therapy for developmental issues, including sensory deficits, is not covered.	
FOOTCARE Treatment by a podiatrist, orthopaedic specialist , or chiropodist. Treatment for corns, calluses or thickened misshapen nails will <u>only</u> be covered if you have diabetes.	
COMPLEMENTARY THERAPIES: ACUPUNCTURE AND REFLEXOLOGY Consultations and treatment with acupuncturists and reflexologists when the practitioners are appropriately qualified and registered to practice in the country where treatment is received. Note: treatments supplied or carried out on a separate date to a consultation will be considered as a separate consultation. We <u>only</u> pay for these complementary therapies and those below.	

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
COMPLEMENTARY MEDICINES: HOMEOPATHY, NATUROPATHY AND CHINESE MEDICINE Consultations and treatment with homeopaths, naturopaths and Chinese medicine practitioners when the practitioners are appropriately qualified and registered to practise in the country where treatment is received. Note: should any complementary medicines or treatments be supplied or carried out on a separate date to a consultation, these costs will be considered as a separate consultation. We only pay for the complementary medicines and therapies above. Exclusions apply to some Chinese medicines as detailed in the General exclusions section.	Up to 20 visits each policy year
PRESCRIBED MEDICINES AND DRESSINGS Medicines and dressings prescribed by your medical practitioner, needed to treat a disease, illness or injury. Note: this benefit does not include costs for complementary medicine prescribed or administered, as these are paid under the benefit above.	Up to GBP 4,000, EUR 5,000 or USD 6,800 each policy year Once this limit is reached then 50% of any further costs
DURABLE MEDICAL EQUIPMENT Durable medical equipment that: ◦ can be used more than once ◦ is not disposable ◦ is used to serve a medical purpose ◦ is not used in the absence of a disease, illness or injury and ◦ is fit for use in the home For example oxygen supplies or wheelchairs.	
DIETETIC ADVICE We pay for consultations with a dietician, needed for dietary advice relating to a medical reason.	Up to 4 visits each policy year
PREVENTIVE TREATMENT	
HEALTH SCREENING AND WELLNESS (WAITING PERIOD 10 MONTHS) Once you have been covered on this health plan for 10 months. A health screen generally includes various routine tests performed to assess your state of health and could include tests to check cholesterol and blood sugar (glucose) levels, liver and kidney function tests, a blood pressure check, and a cardiac risk assessment. You may also have the specific screening tests for breast, cervical, prostate, colorectal and skin cancer or bone densitometry. The actual tests you have will depend on those supplied by the benefit provider where you have your screening.	Up to GBP 1,000, EUR 1,250 or USD 1,700 each policy year
VACCINATIONS The following are covered: ◦ vaccinations which are recommended as part of the national childhood immunisation programme in the country of residency ◦ human papilloma virus (HPV) vaccination to protect against cervical cancer ◦ influenza (seasonal flu) vaccination ◦ travel vaccinations ◦ anti-malarial medicines ◦ pneumococcal vaccinations	Up to GBP 1,000, EUR 1,250 or USD 1,700 each policy year
EYE TEST One eye test each policy year, which includes the cost of your consultation and sight/vision testing.	Paid in full 1 test each policy year

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
DENTAL TREATMENT AND HEARING AIDS/OPTICAL	
DENTAL TREATMENT PREVENTIVE DENTAL (WAITING PERIOD 6 MONTHS) Once you have been covered on this health plan for 6 months: ◦ check-ups/exams ◦ X-rays/bitewing/single view/Orthopantomogram (OPG) ◦ scale and polish/tooth cleaning ◦ gum shield/mouth guard Treatment must be provided by a dental practitioner.	Paid in full 2 visits each policy year
ACCIDENT RELATED DENTAL TREATMENT We pay for accident related dental treatment that you receive from a dental practitioner for treatment during an emergency visit following accidental damage to any tooth. Until you have been covered on this health plan for 6 months we only pay any accident related dental treatment taking place up to 30 days after the accident. Treatment must be provided by a dental practitioner.	
ROUTINE DENTAL (WAITING PERIOD 6 MONTHS) Once you have been covered on this health plan for 6 months: ◦ fillings ◦ root canal treatment ◦ x-ray ◦ tooth extraction ◦ anaesthesia Treatment must be provided by a dental practitioner.	
MAJOR RESTORATIVE (WAITING PERIOD 6 MONTHS) Once you have been covered on this health plan for 6 months: ◦ bridges ◦ crowns ◦ dental implants ◦ dentures Treatment must be provided by a dental practitioner.	Up to GBP 2,500, EUR 3,100 or USD 4,200 each policy year
ORTHODONTICS (WAITING PERIOD 12 MONTHS) Once you have been covered on this health plan for 12 months, orthodontic treatment up to the age of 19: ◦ consultations and monthly check-ups ◦ removal of deciduous/baby teeth/milk teeth/primary teeth ◦ treatment planning ◦ models/gum impressions ◦ extractions ◦ anaesthesia ◦ X-rays including single/bitewing/periapical (root X-ray)/full-mouth X-rays/Orthopantomogram (OPG) and Cephalometric (CEPH) ◦ digital photography, and ◦ metal braces/retainers Treatment must be provided by a dental practitioner.	

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
HEARING AIDS/OPTICAL	Please see previous page for shared limit.
HEARING AIDS	
Costs for prescribed hearing aids.	
SPECTACLE FRAMES AND LENSES AND CONTACT LENSES	Please see previous page for shared limit.
Spectacle and contact lenses which are prescribed to correct a sight/vision problem such as short or long sight.	
IN-PATIENT CARE: FOR ALL IN-PATIENT AND DAY-PATIENT TREATMENT COSTS	
HOSPITAL ACCOMMODATION, ROOM AND BOARD	Paid in full Standard private room
When: - there is a medical need to stay in hospital - the treatment is given or managed by a specialist, and - the length of your stay is medically appropriate We will not pay the extra costs of a deluxe, executive or VIP suite. If the cost of treatment is linked to the type of room, we pay the cost of treatment at the rate which would be charged if you occupied a room type appropriate for your level of cover. For in-patient stays of 5 nights or more, you or your specialist must send us a medical report before the fifth night, confirming your diagnosis, treatment already given, treatment planned and discharge date. We will also pay up to GBP 10/ EUR 13/ USD 17 each day for personal expenses such as newspapers, television rental and guest meals when you have had to stay overnight in hospital.	
PARENT ACCOMMODATION IN HOSPITAL	
Room and board costs for a parent staying in hospital with their child when the costs are for one parent only, you are staying with a child up to 18 years old and the child is insured and receiving treatment that is covered.	Paid in full
OPERATING ROOM, MEDICINES AND SURGICAL DRESSINGS	Paid in full
Costs of the: - operating room - recovery room - medicines and dressings used in the operating or recovery room - medicines and dressings used during your hospital stay	
INTENSIVE CARE	Paid in full
Costs for treatment in an intensive care unit when it is medically necessary or an essential part of treatment .	
SURGERY, INCLUDING SURGEONS' AND ANAESTHETISTS' FEES	Paid in full
Surgery, including surgeons' and anaesthetists' fees, as well as treatment needed immediately before and after the surgery on the same day.	
SPECIALISTS CONSULTATION FEES	Paid in full
When you require medical treatment during your stay in hospital .	

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
PATHOLOGY, RADIOLOGY AND DIAGNOSTIC TESTS: - pathology such as blood test(s) - radiology such as ultrasound or X-ray(s) diagnostic tests such as electrocardiograms (ECGs) when recommended by your specialist to help diagnose or assess your condition when you are in hospital.	Paid in full
MENTAL HEALTH Mental Health treatment, where it is medically necessary for you to be treated as a day-patient or in-patient to include room, board and all treatment costs related to the mental health condition. Any Mental Health treatment overnight in hospital and as a day-patient for 5 days or more will need pre-authorisation. Benefit will not be paid unless pre-authorisation has been provided.	
PHYSIOTHERAPISTS, OCCUPATIONAL THERAPISTS, SPEECH THERAPISTS AND DIETICIANS Treatment provided by therapists (such as occupational therapists), physiotherapy and dietician or speech therapy if it is needed as part of your treatment in hospital, meaning this is not the sole reason for your hospital stay.	Paid in full
OBESITY SURGERY (WAITING PERIOD OF 24 MONTHS) Once you have been covered on this health plan for 24 months, we may pay, depending on Bupa Global's medical policy criteria, for bariatric surgery, if you: - have a body mass index (BMI) of 40 or over and have been diagnosed as being morbidly obese - can provide documented evidence of other methods of weight loss which have been tried over the past 24 months and - have been through a psychological assessment which has confirmed that it is appropriate for you to undergo the procedure The bariatric surgery technique needs to be evaluated by our medical teams and is depending on Bupa Global's medical policy criteria. In some cases, you may qualify for weight-loss surgery if your BMI is between 35 and 40 and you have a serious weight-related health problem, such as type 2 diabetes. The decision for Bupa Global to cover this will be entirely made by our medical teams. Please contact us for pre-authorisation before proceeding with treatment. Benefit will not be paid unless pre-authorisation has been provided.	
PROPHYLACTIC SURGERY We may pay depending on Bupa Global's medical policy criteria, for example, a mastectomy when there is a significant family history and/or you have a positive result from genetic testing. Please contact us for pre-authorisation before proceeding with treatment.	Paid in full
PROSTHETIC DEVICES The initial prosthetic device needed as part of your treatment. By this we mean an external artificial body part, such as a prosthetic limb or prosthetic ear which is needed at the time of your surgical procedure. We do not pay for any replacement prosthetic devices for adults including any replacement devices needed for a pre-existing condition. We will pay for the initial and up to two replacements per device for children under the age of 18.	

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
PROSTHETIC IMPLANTS AND APPLIANCES Covered prosthetic implants and appliances shown in the following lists. Prosthetic implants: ◦ to replace a joint or ligament ◦ to replace a heart valve ◦ to replace an aorta or an arterial blood vessel ◦ to replace a sphincter muscle ◦ to replace the lens or cornea of the eye ◦ to control urinary incontinence or bladder control ◦ to act as a heart pacemaker (internal cardiac defibrillator may be available depending on Bupa Global's medical policy criteria. Please contact us for pre-authorisation) ◦ to remove excess fluid from the brain ◦ cochlear implant – provided the initial implant was provided when you were under the age of five, we will pay ongoing maintenance and replacements ◦ to restore vocal function following surgery for cancer Appliances: ◦ a knee brace which is an essential part of a surgical operation for the repair to a cruciate (knee) ligament ◦ a spinal support which is an essential part of a surgical operation to the spine ◦ an external fixator such as for an open fracture or following surgery to the head or neck	Paid in full
RECONSTRUCTIVE SURGERY Treatment to restore your appearance after an illness, injury or surgery. We may pay for surgery when the original illness, injury or surgery and the reconstructive surgery take place during your current continuous cover. Please contact us for pre-authorisation before proceeding with any reconstructive surgery. Benefit will not be paid unless pre-authorisation has been provided.	Paid in full
ACCIDENT RELATED DENTAL TREATMENT We pay for dental treatment that is needed in hospital after a serious accident.	Paid in full
HOSPICE AND REHABILITATION	
HOME NURSING Following treatment in hospital which is covered under this health plan, when it: ◦ is prescribed by your specialist ◦ starts immediately after you leave hospital ◦ reduces the length of your stay in hospital ◦ is provided by a qualified nurse in your home and ◦ is needed to provide medical care, not personal assistance Please contact us for pre-authorisation before proceeding with treatment. Benefit may not be paid unless pre-authorisation has been provided.	Paid in full Up to 30 days each policy year
HOSPICE AND PALLIATIVE CARE Hospice and palliative care services if you have received a terminal diagnosis and can no longer have treatment which will lead to your recovery: ◦ hospital or hospice accommodation ◦ nursing care ◦ prescribed medicines ◦ physical, psychological, social and spiritual care	Up to GBP 25,000, EUR 31,000 or USD 42,000 per lifetime

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
REHABILITATION (MULTIDISCIPLINARY REHABILITATION) We pay for rehabilitation, including room, board and a combination of therapies such as physical, occupational and speech therapy after an event such as a stroke. We do not pay for room and board for rehabilitation when the treatment being given is solely physiotherapy. We pay for rehabilitation; only when you have received our pre-authorisation before the treatment starts, for up to 60 days treatment per policy year. For treatment in hospital one day is each overnight stay and for day-patient and out-patient treatment, one day is counted as any day on which you have one or more appointments for rehabilitation treatment. We only pay for multidisciplinary rehabilitation where it: ◦ starts within 6 weeks after the end of your treatment in hospital for a condition which is covered by your health plan (such as trauma or stroke), and ◦ arises as a result of the condition which needed the hospitalisation or is needed as a result of such treatment given for that condition Note: in order to give pre-authorisation, we must receive full clinical details from your specialist; including your diagnosis, treatment given and planned and proposed discharge date if you stayed in hospital to receive rehabilitation.	Paid in full Up to 60 days each policy year
IN-PATIENT AND/OR OUT-PATIENT CARE	
ADVANCED IMAGING Such as: ◦ magnetic resonance imaging (MRI) ◦ computed tomography (CT) ◦ positron emission tomography (PET) when recommended by your specialist to help diagnose or assess your condition.	Paid in full
CANCER TREATMENT Once it has been diagnosed, including fees that are related specifically to planning and carrying out treatment for cancer. This includes tests, diagnostic imaging, consultations and prescribed medicines. Please contact us for pre-authorisation before proceeding with treatment. Benefit will not be paid unless pre-authorisation has been provided. If your treatment involves advanced therapy medicinal products (ATMP), this will be paid from the ATMP benefit.	Paid in full
ADVANCED THERAPY MEDICINAL PRODUCTS (ATMPs) We pay for ATMP treatment if it is: ◦ administered by a specialist in the country where you receive it, and; ◦ approved by the licensing authority in the country where you receive it, for your condition, stage of disease and stage of treatment that you have, and; ◦ endorsed by an independent specialist appointed by Bupa Global who confirms it: ◦ as medically appropriate, based on established medical practice, or ◦ is provided under a registered and ethically approved study (in this case we will not apply the 'experimental or unproven treatment' exclusion). Please contact us for pre-authorisation before proceeding with treatment.	Paid in full, one course of treatment for each condition per lifetime

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
TRANSPLANT SERVICES All medical expenses, including consultations with a doctor or specialist and medical treatments whether staying in hospital overnight, as a day-patient or an out-patient for the following transplants, if the organ has come from a relative or a certified and verified source of donation: ◦ cornea ◦ small bowel ◦ kidney ◦ kidney/pancreas ◦ liver ◦ heart ◦ lung, or ◦ heart/lung transplant Costs for anti-rejection medicines and medical expenses for bone marrow transplants and peripheral stem cell transplants, with or without high dose chemotherapy when treating cancer, are covered under the cancer treatment benefit. Donor expenses, for each condition needing a transplant whether the donor is insured or not, including: ◦ the harvesting of the organ, whether from a live or deceased donor ◦ all tissue matching fees ◦ hospital/operation costs of the donor, and ◦ any donor complications, but to a maximum of 30 days post-operatively only	Each condition up to GBP 600,000, EUR 750,000 or USD 1,020,000
KIDNEY DIALYSIS Provided as an in-patient, day-patient or as an out-patient.	Paid in full
TREATMENT FOR OR RELATED TO GENDER DYSPHORIA This benefit is paid instead of any other benefit for all hormonal and surgical treatment for or related to gender dysphoria. Any mental health treatment for or related to gender dysphoria is paid from the mental health benefit to the limits that apply to the mental health benefit. All treatment under this benefit must be pre-authorised. Please refer to the 'Your Exclusions' section.	Female to Male (FtM) – pursued by transgender men and AFAB (assigned female at birth) non-binary people GBP 61,000 USD 104,000 EUR 76,000 per membership year Male to Female (MtF) – pursued by transgender women and AMAB (assigned male at birth) non-binary people GBP 61,000 USD 104,000 EUR 76,000 per membership year
MATERNITY/CHILDBIRTH (10 MONTH WAITING PERIOD):	
Pregnancy and childbirth after the mother has been covered on this health plan for 10 months including pregnancy and childbirth complications. Treatment for conditions such as hydatiform mole and ectopic pregnancy and other conditions arising from pregnancy or childbirth which could also develop in people who are not pregnant are not covered from the maternity/childbirth benefit but will be covered under your other benefits, for example, out-patient day to day care or in-patient care.	

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
NORMAL DELIVERY/BIRTHING CENTRE/HOME DELIVERY (10 MONTH WAITING PERIOD): Once you have been covered on this health plan for 10 months. Maternity treatment and childbirth, including: ◦ hospital charges, obstetricians and midwives fees for normal childbirth ◦ post-natal care needed by the mother immediately following normal childbirth, such as stitches ◦ up to 7 days' routine care for the baby	Up to GBP 10,000, EUR 12,500 or USD 17,000 each policy year
CAESAREAN SECTION (10 MONTH WAITING PERIOD) Once you have been covered on this health plan for 10 months: Hospital, obstetricians' and other medical fees for the cost of the delivery of your baby by Caesarean section, when it is medically essential for a Caesarean section for example as a result of non-progression during labour (for example dystocia, foetal distress, haemorrhage). Note: if we are unable to determine that your Caesarean section was medically essential, it will be paid from your normal delivery benefit limit.	Up to GBP 20,000, EUR 25,000 or USD 34,000 each policy year
PRE- AND POST-NATAL TREATMENT (10 MONTH WAITING PERIOD) Once you have been covered on this health plan for 10 months: Maternity care and treatment before and after the birth.	Paid in full
COMPLICATIONS OF MATERNITY AND CHILDBIRTH Once you have been covered on this health plan for 10 months: Treatment which is medically necessary as a direct result of pregnancy and childbirth complications. By complications we mean those conditions which only ever arise as a direct result of pregnancy or childbirth for example pre-eclampsia, threatened miscarriage, gestational diabetes, still birth. This benefit depends on Bupa Global's medical policy criteria. Please contact us for pre-authorisation where possible. If you require an emergency admission as a direct result of pregnancy and childbirth complications, please contact us within 48 hours of your admission.	Paid in full

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
TRANSPORTATION/TRAVEL	
Evacuation covers you for reasonable transport costs to the nearest appropriate place of treatment, when the treatment you need is not available nearby. Repatriation gives you the added option of returning to your specified country of residence or specified country of nationality, to be treated in familiar surroundings, when the treatment you need is not available nearby. For all medical transfers, either evacuation or repatriation: ◦ you must contact us for pre-authorisation before you travel ◦ the treatment must be recommended by your specialist or doctor ◦ the treatment is not available locally ◦ the treatment must be covered under your health plan ◦ we must agree the arrangements with you, and ◦ benefit is applicable for hospital treatment, either overnight or as a day-patient Evacuation may also be authorised if you need advanced imaging or cancer treatment such as radiotherapy or chemotherapy. We will only pay if all arrangements are agreed and approved in advance by Bupa Global. Should you arrange transportation covered under the health plan yourself we shall only compensate your expenses to the equivalent cost if we had arranged your transportation. Note: ◦ we do not pay for extra nights in hospital when you are no longer receiving active treatment which requires you to be hospitalised, for example when you are awaiting your return flight. ◦ we will not approve a transfer which in our reasonable opinion is inappropriate based on established clinical and medical practice, and we are entitled to conduct a review of your case, when it is reasonable for us to do so. Evacuation or repatriation will not be authorised if it is against the advice of the Bupa Global medical team. ◦ we will not arrange evacuation or repatriation in cases where the local situation, including geography, makes it impossible, unreasonably dangerous or impractical to enter the area, for example from an oil rig or within a war zone. Such intervention depends upon local and/or international resource availability and must remain within the scope of national and international law and regulations. Interventions may depend on the attainment of necessary authorisations issued by the various authorities concerned, which may be outside of the reasonable control or influence of Bupa Global or our service partners. ◦ we cannot be held liable for any delays or restrictions in connection with the transportation caused by weather conditions, mechanical problems, restrictions imposed by public authorities or by the pilot or any other condition beyond our control. ◦ Bupa Global is not the provider of the transportation and other services set out in the transportation/travel section, but will arrange those services on your behalf. In some countries we may use service partners to arrange these services locally, but Bupa Global will always be here to support you.	
EVACUATION Transport costs for an evacuation: ◦ to the nearest appropriate place where the necessary treatment is available. (This could be to another part of the country that you are in or to another country), and ◦ for the return journey to the place you were transferred from When this is authorised in advance by us. The costs we pay for the return journey will be either: ◦ the reasonable cost of the return journey by land or sea, or ◦ the cost of an economy class air ticket whichever is the lesser amount We do not pay any other costs related to the evacuation such as travel costs or hotel accommodation. In some cases, it may be more appropriate for you to travel to the airport by taxi, than other means of transport, such as an ambulance. In these cases, and if approved in advance, we will pay for taxi fares.	Paid in full

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
REPATRIATION	
Transport costs for a repatriation: ◦ to your specified country of nationality as given on your application form, or your specified country of residence, and ◦ the return journey to the place you were transferred from when: ◦ this is authorised in advance by Bupa Global The costs we pay for the return journey will be either: ◦ the reasonable cost of the return journey by land or sea, or ◦ the cost of an economy class air ticket whichever is the lesser amount We do not pay any other costs related to the repatriation such as travel costs or hotel accommodation. In some cases, it may be more appropriate for you to travel to the airport by taxi, than other means of transport, such as an ambulance. In these cases, and if approved in advance, we will pay for taxi fares. In some cases you may request a medical repatriation when contacting Bupa Global for authorisation, but this may not be medically appropriate. In these cases, we will first evacuate you to the nearest appropriate place where treatment is available. Once you have been stabilised, we may then repatriate you to your specified country of nationality or your specified country of residence.	
TRAVEL COST FOR AN ACCOMPANYING PERSON	
Reasonable travel costs for a close relative (spouse/partner, parent, child, brother or sister) to accompany you if there is a reasonable need for you to be accompanied. By 'reasonable need' we mean that you need someone to accompany you for one of the following reasons: ◦ you need assistance to board or disembark from transport ◦ you need to be transferred over a long distance (over at least 1000 miles or 1600 KM) ◦ there is no medical escort ◦ in the case of serious acute illness The accompanying person may travel in a different class from the person receiving treatment depending on medical requirements. Reasonable travel costs for the return journey to the place you were transferred from when this is authorised in advance by Bupa Global. The costs we pay for the return journey will be either: ◦ the reasonable cost of the return journey by land or sea, or ◦ the cost of an economy air ticket whichever is the lesser amount We do not pay for someone to travel with you when the evacuation is for you to receive out-patient treatment.	
TRAVEL COST FOR THE TRANSFER OF CHILDREN	
Reasonable travel costs for children to be transferred with you in the event of an evacuation or repatriation, provided they are under the age of 18 when: ◦ it is medically necessary for you as their parent or guardian to be evacuated or repatriated ◦ your spouse, partner, or other joint guardian is accompanying you, and ◦ they would otherwise be left without a parent or guardian	

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
COMPASSIONATE VISIT TRANSPORT COSTS AND COMPASSIONATE VISIT LIVING ALLOWANCE The cost of economy class travel costs for a close relative (spouse/partner, parent, child, brother or sister) who is in another country to visit when you have a sudden accident or illness and are going to be hospitalised for at least five days or you have received a short-term terminal prognosis. This includes economy class costs of your relative's return journey to their home country. This benefit is only paid when authorised in advance by Bupa Global. For: ◦ a maximum of five trips per lifetime ◦ only when authorised in advance by Bupa Global Costs towards living expenses for your relative: ◦ following a covered compassionate visit only, and ◦ for up to 10 days while away from their usual specified country of residence This benefit is not paid when either an evacuation or repatriation has taken place. In the event of an evacuation or repatriation taking place during a compassionate visit, no more benefits as described in benefit section 'Travel cost for an accompanying person', 'Travel cost for the transfer of children' or 'Living allowance' will be payable.	Visit and return: 5 trips per lifetime GBP 1,000, EUR 1,250 or USD 1,700 per trip Visit living allowance: GBP 100, EUR 120 or USD 170 per day Up to 10 days each policy year
LIVING ALLOWANCE Costs towards living expenses for a relative (spouse/partner, parent, child, brother or sister) who is authorised to travel with you: ◦ following an evacuation, and ◦ for up to 10 days, or your date of discharge whichever is the earlier, while away from their usual specified country of residence We do not pay for someone to travel with you when evacuation is for out-patient treatment only.	10 days each policy year up to GBP 100, EUR 120 or USD 170 per day
LOCAL AIR AMBULANCE: ◦ from the location of an accident to a hospital, or ◦ for a transfer from one hospital to another When a local air ambulance is: ◦ medically necessary ◦ used for short distances of up to 100 miles/160 KM, and ◦ related to treatment that is covered that you need to receive in hospital A local air ambulance may not always be available in cases where the local situation makes it impossible, unreasonably dangerous or impractical to enter the area, for example from an oil rig or within a war zone. We do not pay for mountain rescue.	Paid in full
LOCAL ROAD AMBULANCE: ◦ from the location of an accident to a hospital ◦ for a transfer from one hospital to another, or ◦ from your home to the hospital When a local road ambulance is: ◦ medically necessary, and ◦ related to treatment that is covered that you need to receive in hospital	

BENEFIT AND EXPLANATION	LIMITS
REPATRIATION OF MORTAL REMAINS Reasonable costs for the transportation of your body or cremated mortal remains to your home country or to your specified country of residence: ◦ in the event of your death while you are away from home, and ◦ depending on airline requirements and restrictions We will only pay statutory arrangements, such as cremation and an urn or embalming and a zinc coffin, if this is needed by the airline authorities to carry out the transportation. We do not pay for any other costs related to the burial or cremation, the cost of burial caskets or the transport costs for someone to collect or accompany your mortal remains.	Paid in full

YOUR EXCLUSIONS

In the 'General exclusions' section below, **we** list specific **treatments**, conditions and situations that **we** do not cover as part of **your health plan**. As well as these general exclusions, **you** may have personal exclusions or restrictions that apply to **your health plan**, as shown on **your** insurance certificate.

Do you have cover for pre-existing conditions?

When **you** applied for **your health plan** **you** were asked to provide all information about any disease, illness or injury for which **you** received medication, advice or **treatment**, or **you** had experienced symptoms before **you** became a customer – **we** call these **pre-existing conditions**.

Our medical team reviewed **your** medical history to decide the terms on which **we** offered **you** this **health plan**. **We** may have offered to cover any **pre-existing conditions**, possibly for an extra premium, or decided to exclude specific **pre-existing conditions** or apply other restrictions to **your health plan**. If **we** have applied any personal exclusion or other restrictions to **your health plan**, this will be shown on **your** insurance certificate. This means **we** will not cover costs for **treatment** of this **pre-existing condition**, related symptoms, or any condition that results from or is related to this **pre-existing condition**. Also **we** will not cover any **pre-existing conditions** that **you** did not disclose in **your** application.

If **we** have not applied a personal exclusion or restriction to **your** insurance certificate, this means that any **pre-existing conditions** that **you** told **us** about in **your** application are covered under **your health plan**.

General exclusions

The exclusions in this section apply as well as and alongside any personal exclusions and restrictions explained above.

For all exclusions in this section, and for any personal exclusions or restrictions shown on **your** insurance certificate, **we** do not pay for conditions which are directly related to:

- excluded conditions or **treatments**
- extra or increased costs arising from excluded conditions or **treatments**
- complications arising from excluded conditions or **treatments**

Our global **health plans** are non-U.S. insurance products and accordingly are not designed to meet the requirements of the U.S. Patient Protection and Affordable Care Act (the Affordable Care Act). **Our** plans may not qualify as minimum essential coverage or meet the requirements of the individual mandate for the purposes of the Affordable Care Act, and **we** are unable to provide tax reporting on behalf of those U.S. taxpayers and other persons who may be named on it. The provisions of the Affordable Care Act are complex and whether or not **you** or **your dependants** are affected by its requirements will depend on a number of factors. **You** should consult an independent professional financial or tax advisor for advice. For customers whose coverage is provided under a group **health plan**, **you** should speak to **your health plan** administrator for more information.

Please note that, should **you** choose to have **treatment** or services with a **benefit provider** who is not part of **network**, **we** will only cover costs that are **Reasonable and Customary**. Other rules may apply in respect of **covered benefits** received from an 'out-of-network' **benefit provider** in certain specific countries.

GENERAL EXCLUSIONS	
Administration / registration fees	Administration and/or registration fees (unless we , at our reasonable discretion, agree that such fees are proper and usual accepted practice in the relevant country).
Advance payments / deposits	Advance payments and/or deposits towards the costs of any covered benefits .
Artificial life maintenance	We will not pay for artificial life maintenance for more than 90 days - including mechanical ventilation, where such treatment will not or is not expected to result in your recovery or restore you to your previous state of health. Example: We will not pay for artificial life maintenance when you are unable to feed and breathe independently and require percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) or nasal feeding for a period of more than 90 days.

Birth control	Contraception, sterilisation, vasectomy, termination of pregnancy (unless there is a threat to the mother's health), family planning, such as meeting your doctor to discuss becoming pregnant or contraception. We will not pay for a pregnancy or HCG test if this is carried out solely to determine if you are pregnant or not.
Chinese medicine	Any of the following traditional Chinese medicines: cordyceps; ganoderma; antler; cubilose; donkey-hide gelatin; hippocampus; ginseng; red ginseng; American Ginseng; Radix Ginseng Silvestris; antelope horn powder; placenta hominis; Agaricus blazei murill; musk; and pearl powder, rhinoceros horn and substances from Asian Elephant, Sun Bear, and Tiger or other endangered species.
Conflict and disaster	We shall not be liable for any claims which concern, are due to or are incurred as a result of treatment for sickness or injuries directly or indirectly caused by you putting yourself in danger by entering a known area of conflict (as listed below) and/or if you were an active participant or you have displayed a blatant disregard for your personal safety in a known area of conflict: ◦ nuclear or chemical contamination ◦ war, invasion, acts of a foreign enemy ◦ civil war, rebellion, revolution, insurrection ◦ terrorist acts ◦ military or usurped power ◦ martial law ◦ civil commotion, riots, or the acts of any lawfully constituted authority ◦ hostilities, army, naval or air services operations whether war has been declared or not
Convalescence and admission for treatment that could take place as a day-case or out-patient , general care, or staying in hospital for	◦ convalescence, pain management, supervision, or ◦ receiving only general nursing care, or ◦ therapist or complementary therapist services, or ◦ domestic/living assistance such as bathing and dressing
Cosmetic treatment	Non-medically essential surgery and treatment to alter your appearance including abdominoplasty or treatment related to or arising from the removal or addition of non-diseased or surplus or fat tissue is not covered. We do not pay for treatment of keloid scars. We also do not pay for scar revision, even if the scar is causing a functional problem.
Developmental problems	Treatment for, or related to developmental problems, including: ◦ learning difficulties, such as dyslexia ◦ developmental problems treated in an educational environment or to support educational development

Experimental or unproven treatment	Clinical tests, treatments, equipment, medicines, devices or procedures that are considered to be unproven or investigational with regards to safety and efficacy. ◦ We do not pay for any test, treatment, equipment, medicine, device or procedure that is not considered to be in standard clinical use but is (or should, in Bupa's reasonable clinical opinion, be) under investigation in clinical trials with respect to its safety and efficacy. ◦ We do not pay for any tests, treatment, equipment, medicine, products or procedures used for purposes other than defined under its licence, unless this has been pre-authorised by Bupa Global in line with its criteria for standard clinical use. Standard clinical use includes: ◦ treatment agreed to be "best" or "good practice" in national or international evidence-based (but not consensus-based) guidelines, such as those produced by NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (excluding medicines approved through the UK Cancer Drugs Fund), Royal Colleges or equivalent national specialist bodies in the country of treatment; ◦ the conclusions from independent evidence-based health technology assessment or systematic review (e.g. Hayes, CADTH, The Cochrane Collaboration, the NCCN level 1 or Bupa's in-house Clinical Effectiveness team) indicate that the treatment is safe and effective; ◦ where the treatment has received full regulatory approval by the licensing authority (e.g. US Food and Drugs Agency (FDA), the European Medicines Agency (EMA), the Saudi Arabia Food and Drug Agency) in the location where the member has requested treatment, and is duly licensed for the condition and patient population being requested (please note – full regulatory approval would require submission of data to the local licensing agency that adequately demonstrated safety and effectiveness in published phase 3 trials); and/or ◦ tests, treatments, equipment, medicines, devices or procedures which are mandated to be made available by the local law or regulation of the country in which treatment is requested. Notes: ◦ Case studies, case reports, observational studies, editorials, advertorials, letters, conference abstracts and non-peer reviewed published or unpublished studies are not considered appropriate evidence to demonstrate a test, treatment, equipment, medicine, device or procedure should be used in standard clinical use. ◦ Where licensing authority approval to market tests, treatment, equipment, medicines, devices or procedures does not, in Bupa's reasonable clinical opinion, demonstrate safety and efficacy, the criteria for standard clinical use shall prevail.
Eyesight	Treatment equipment or surgery to correct eyesight, such as laser treatment , refractive keratotomy (RK) and photorefractive keratotomy (PRK).
Genetic testing	Genetic tests, when such tests are performed to determine whether or not you may be genetically likely to develop a medical condition. Example: We do not pay for tests used to determine whether you may develop Alzheimer's disease, when that disease is not present.
Harmful or hazardous use of alcohol, drugs and/or medicines	◦ directly or indirectly, from the deliberate, reckless (including where you have displayed a blatant disregard for your personal safety or acted in a manner inconsistent with medical advice), harmful and/or hazardous use of any substance including alcohol, drugs and/or medicines; and ◦ in any event, from the illegal use of any such substance

Health hydros, nature cure clinics or any establishment that is not a hospital	Treatment or services received in a health hydro, nature cure clinic, spa, or any similar establishment that is not a hospital .
Illegal activity	We will not pay for treatment which arises, directly or indirectly, as result of your deliberate or reckless participation (whether actual or attempted) in any illegal act, including road traffic offenses.
Infertility treatment	Treatment to assist reproduction such as: ◦ in-vitro fertilisation (IVF) ◦ gamete intrafallopian transfer (GIFT) ◦ zygote intrafallopian transfer (ZIFT) ◦ artificial insemination (AI) ◦ prescribed drug treatment ◦ embryo transport (from one physical location to another), or ◦ donor ovum and/or semen and related costs Note: we pay for reasonable investigations into the causes of infertility if: ◦ you had not been aware of any problems before joining, and ◦ you have been a member of this plan (or any Bupa administered plan which included cover for this type of investigation) for a continuous period of two years before the investigations start Once the cause is confirmed, we will not pay for any more investigations in the future.
Mechanical or animal donor organs	Mechanical or animal organs, except where a mechanical appliance is temporarily used to maintain bodily function while awaiting transplant, purchase of a donor organ from any source or harvesting or storage of stem cells when a preventive measure against possible future disease.
Obesity	Treatment for or as a result of obesity such as: slimming aids or drugs, or slimming classes. Note: We may cover costs associated with obesity surgery as detailed in the 'Table of benefits', depending on Bupa Global's medical policy criteria.
Persistent vegetative state (PVS) and neurological damage	We will not pay for treatment while staying in hospital for more than 90 continuous days for permanent neurological damage or if you are in a persistent vegetative state .
Professional sports activities	Treatments and services arising as a result of professional sports activities , including but not limited to, any form of aerial flight, any kind of power-vehicle race, water sports, horse riding activities, mountaineering activities, violent sports such as judo, boxing, and wrestling, bungee jumping and any other professional sports activities .
Sexual problems	Sexual problems, such as impotence, whatever the cause.
Sleep disorders	Treatment , including sleep studies, for insomnia, sleep apnoea, snoring, or any other sleep-related problem.
Stem cells	Harvesting or storage of stem cells. For example ovum, cord blood or sperm storage. Note: We pay for bone marrow transplants and peripheral stem cell transplants when carried out as part of the treatment for cancer. This is covered under the cancer treatment benefit.
Surrogacy	Treatment directly related to surrogacy. This applies to you if you act as a surrogate, or to anyone else acting as a surrogate for you .
Temporomandibular joint (TMJ) disorders	Disorders of the Temporomandibular joint (TMJ) and related complications.

Treatment for or related to gender dysphoria	We do not pay for: - any surgical treatment (including cosmetic treatment) for or related to gender dysphoria unless: you have lived continuously for at least 12 months in the gender role that is congruent with your gender identity; and we have received referral letters from two independent psychologists and/or psychiatrists detailing your personal and treatment history, progress and eligibility and confirming that such treatment is medically necessary for treating gender dysphoria; and, in any event - any treatment (surgical or non-surgical) for or related to gender dysphoria where such treatment is unlawful and/or gender dysphoria is not a clinically recognised condition in the country of treatment.
Unrecognised medical practitioner, hospital or healthcare facility	Treatment provided by a medical practitioner, hospital or healthcare facility which are not recognised by the relevant authorities in the country where the treatment takes place as having specialist knowledge, or expertise in, the treatment of the disease, illness or injury being treated. - Self treatment or treatment provided by anyone with the same residence, family members (persons of a family, related to you by blood or by law or otherwise). A full list of the family relationships falling within this definition are available on request. Treatment provided by a medical practitioner, hospital or healthcare facility which are to whom we have sent a written notice that we no longer recognise them for the purposes of our health plans. You can contact us by telephone for details of benefit providers we have sent written notice to or visit Facilities Finder at bupaglobal.com/en/facilities/finder.

TERMS AND CONDITIONS

No	CLAUSE
1.	Your policy
1.1	The definitions set out in the "Glossary" in the Guide to your Bupa Global Health Plan apply to these Terms and Conditions and are marked in bold.
1.2	This policy is an insurance contract between you the policyholder and Bupa Global for each policy year . If the policy is renewed a new insurance contract is formed on the same terms as the previous policy year but with a new premium and any amendments we have notified you the policyholder of at the time of renewal .
1.3	No other persons, including any dependants , may enforce any legal rights under this insurance contract. Dependants may use our complaints process set out in clause 15 below.
1.4	This insurance contract is set out in: - these Terms and Conditions; - the Guide to your Bupa Global health plan; - the information and declarations in your application form; and - the insurance certificate.
1.5	If you the policyholder add dependants to this policy , those dependants will be covered by this policy from the date shown on the updated insurance certificate sent to you the policyholder .
2.	Your cover
2.1	We will pay for the cost of any covered benefits in accordance with the terms of this policy .
2.2	Your health plan may include a mandatory annual deductible, which will be shown in the Guide to your Bupa Global health plan. You may also have an optional annual deductible, if available and selected by you the policyholder in your application form. Your deductibles will be shown on your insurance certificate and your insurance card. All annual deductibles apply to you the policyholder and each of the dependants separately. You the policyholder and each dependant may have different annual deductible amounts. You will have a new annual deductible if this policy renews. If an annual deductible applies, you must pay the cost of any covered benefits received directly to the provider until you have reached the level of your annual deductible. Costs in excess of the maximums shown in the Guide to your Bupa Global health plan will not count towards your annual deductible. The cost of any covered benefits you receive which are covered by your annual deductible (excluding costs in excess of the maximums shown in the Guide to your Bupa Global health plan), count towards the maximum cover limits shown in the Guide to your Bupa Global health plan. Even if the amount you are claiming is less than the amount of your annual deductible, you should still submit a claim to us so we know when you have reached the level of your annual deductible. As this is an annual deductible, if your first claim is towards the end of the policy year and your covered benefits continue over your renewal date, the annual deductible is payable separately for the covered benefits received in each policy year.
2.3	Your health plan may include a mandatory co-insurance, which will be shown in the Guide to your Bupa Global health plan. You may also have an optional co-insurance, if available and selected by you the policyholder in your application form. Your co-insurance will be shown on your insurance certificate and your insurance card. You must pay for the co-insurance proportion of the cost of any covered benefits to which the co-insurance applies directly to the benefit provider.

No	CLAUSE
2.4	Should we have to, for any reason, pay a benefit provider an amount which is covered by any annual deductible or co-insurance we will then collect payment from you for that amount. You authorise us to take this payment from you under the direct debit agreement or credit card authority you have given to us in your application form or as updated. If this policy has an annual deductible or co-insurance you must make sure that we always have a valid direct debit agreement or credit card authority that allows us to take payment of any annual deductible or coinsurance we have paid. You must update the direct debit agreement or credit card authority you have given to us when necessary or when requested by us. Otherwise it may cause delays in our paying claims. We will not pay claims until we have received any outstanding annual deductible or co-insurance payments.
2.5	You must obtain pre-authorisation for any covered benefits where it is stated that this is needed in the Guide to your Bupa Global health plan. Details of how to pre-authorise covered benefits are available in the Guide to your Bupa Global health plan.
2.6	Before we pre-authorise any covered benefits or pay any claim, we are entitled to request more information, such as medical reports, and we may require that you have a medical examination by an independent medical practitioner appointed by us (at our cost) who will then provide us with a medical report. If this information is not provided in time once requested this may result in a delay in pre-authorisation and to your claims being paid. If this information is not provided to us at all this may result in your claims not being paid.
2.7	If we make a payment to you for a benefit you are not covered for, it does not mean that we will pay identical or similar costs in the future. Any payment that we may make on this basis will still count towards the overall annual maximum limit that applies to this policy.
3.	Premium and Payment
3.1	You should pay your premiums direct to Bupa Global. If you pay your premiums to anyone else, such as an intermediary, we are not responsible for ensuring those persons pass the premium on to us. Premiums are collected by Bupa Insurance Services Limited who act as our intermediary for the purpose of receiving and holding premiums, making claims and refunds. Your premiums are protected by an agreement between us and Bupa Insurance Services Limited. The amount and method of payment is shown in your insurance certificate.
3.2	If we do not receive your premium (or any instalment) or any other payment you owe us under this policy by the due date, we will write to you the policyholder requesting payment by a specific date, which will be not less than 30 days after the date we issue our letter or email to you. If we do not receive payment by that date, this policy will be cancelled and all rights under this policy will cease from the original date on which your premium (or the first missed instalment) or other payment should have been received. We will not pay any claims until all overdue payments have been paid, unless the reason for non-payment is an error outside of your control, such as a bank error.
3.3	If we incorrectly make any payment to either a benefit provider for treatment or benefits received by you but not covered by this policy, or to you, we may deduct the amount we incorrectly paid from your future claims or seek repayment from you.
4.	Where another person has caused your condition or you hold other insurance cover
4.1	If any person is to blame for any injury, disease, illness, condition or other event where you receive any covered benefits, we may make a claim in your name. You must provide us with any assistance we reasonably require to help make such a claim, for example: ◦ providing us with any documents or witness statements; ◦ signing court documents; and ◦ submitting to a medical examination. We may exercise our rights to bring a claim in your name before or after we have made any payment under the policy. You must not take any action, settle any claim or otherwise do anything which adversely affects our rights to bring a claim in your name.

No	CLAUSE
4.2	If you have other insurance which also covers your covered benefits you must let us know and provide details of the other insurance company, including on pre-authorisation and when making a claim. We will only pay for our share of the cost of any covered benefits.
5.	Making a claim
5.1	We aim to pay the benefit provider directly for any covered benefits covered by this policy whenever possible. Otherwise you must pay the benefit provider and then send a completed claim form to us, with copies of all valid invoices, relevant letters and other documents relating to the covered benefits you are claiming for. Where requested, original invoices must be provided to us. We are not obliged to pay for any covered benefits if the claim form is received by us more than 2 years after the covered benefits were provided to you, unless there is a good reason why it was not possible for you to make the claim earlier. We cannot return any original documents, but we can send you copies if you request.
5.2	Where you have paid the benefit provider and you have made a valid claim, we will pay you the policyholder. We may pay a dependant only where the dependant received the covered benefits, they are over 18 and we have their current bank details. We only pay by electronic transfer direct to your bank account or by cheque payable to you. We pay the administration costs for making electronic transfers. If your local bank charges you an administration fee, we will refund you on receipt of proof you have paid such fees. All other bank charges or fees, such as currency exchange, are your responsibility, unless you are charged because we made a mistake.
5.3	We will reimburse you in the currency: ◦ in which we receive the premium ◦ of the invoices you send us, or ◦ of your bank account. Sometimes banking rules may not let us pay you in the currency you would like. So, we will pay you in the currency we receive the premium in. Very rarely, paying in a certain currency may be illegal or expose us (or the Bupa Group) to United Nations sanctions. If so: ◦ we may not be able to pay you immediately, or ◦ will pay you in a currency which we are allowed to and able to. The exchange rate we use will be Reuters closing spot rate set at 16.00 UK time on the UK working day before the invoice date. If there is no invoice date, we will use your treatment date.
5.4	We will not provide cover and we shall not be liable to pay any claim or provide any benefit under this Policy to the extent that such cover, payment of a claim(s) or benefits would: ◦ cause us to breach any United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of any jurisdiction to which we are subject (which may include without limitation those of the European Union, United Kingdom and/or United States of America). ◦ expose us to the risk of being sanctioned by any relevant authority or competent body; and/or ◦ expose us to the risk of being involved in conduct (either directly or indirectly) which any relevant authority or competent body would see as prohibited. Where any resolutions, sanctions, laws or regulations referred to in this clause are, or become, applicable to this Policy, we reserve all of our rights to take all and any such actions believed to be necessary in our absolute discretion, to allow us to continue to be compliant. You acknowledge that this may restrict or delay our obligations under this Policy and we may not be able to pay any claim(s) in the event of a sanctions-related concern.

No	CLAUSE
6.	Renewal
6.1	We will write to let you know if this policy will renew for the next year in advance of the renewal date. Each policy year we may change how we calculate your premiums, how we determine premiums, what you have to pay and the method of payment. We may also change the Guide to your Bupa Global health plan (including which covered benefits are covered and the limits for covered benefits) and the terms this policy. We will issue you a notice in advance of the renewal date, with details of the new premium, any changes to the renewed policy and the reasons for those changes. If you do not want to renew this policy you must contact us within 30 days following the start of the renewed policy. Unless you contact us to tell us not to, we will continue to take payment of the new premium using the payment details you have given us.
6.2	We may not renew this policy at our discretion for any reason. If so, we will issue you a notice at least 30 days before the end of the policy year.
6.3	If we decide to renew this policy, we won't add any new personal restrictions or exclusions (those that appear on your insurance certificate) to your renewed policy. However, should you move to a different health plan, we may add new personal restrictions or exclusions.
6.4	Please contact us before your renewal date if you or your dependants have personal exclusion(s) or cover for pre-existing conditions and would like us to review this. We may remove your exclusion or the increased premium applied for the pre-existing condition if, in our opinion, no more treatment will be either directly or indirectly needed for the condition, or for any related condition. There are some personal exclusions that, due to their nature, we will not review. To carry out a review, we may ask for an up to date medical report from your family doctor or consultant. Any costs incurred in obtaining these details are not covered under your plan and are your responsibility.
7.	Changes to your policy
7.1	Only we and the policyholder can agree to make changes. Changes will take effect only when we confirm them in writing.
7.2	This policy lasts one year: ◦ the policyholder can only make changes at renewal ◦ any waiting periods would not re-start.
7.3	We may make changes to the policy before renewal: ◦ if laws or regulators say we must, or ◦ to improve cover for all members with the same product. If so, we will write to tell you about the changes.
7.4	If we reasonably consider that by continuing this policy we or you may breach any: ◦ law ◦ regulation ◦ code or ◦ court order we can end the policy immediately. This policy does not provide cover if this would expose us (or the Bupa group) to any: ◦ sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or ◦ trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, UK or U.S.
7.5	If you ask to add a new dependant to this policy, we will review that person's medical history. We may not agree to add the person to this policy, or we may add special restrictions or exclusions to the cover for that new dependant. We may, at our discretion, agree to provide cover for certain pre-existing conditions of the new dependant. You must pay any additional premium. Children may be added without medical history or additional premium being required where this is provided for (and in accordance with any relevant requirements) in your Guide to your Bupa Global health plan. For certain health plans, we may not be able to add dependants who are over a certain age at the time we receive the request for them to be added to this policy.

No	CLAUSE
8.	Your country of residence
8.1	You must tell us straight away if you move to a different country or your specified country of residence or specified country of nationality changes. This policy will terminate if the law of the country in which you are located, or your country of residence or nationality, or any other law which applies to us or this policy, prohibits the provision of healthcare cover by us to local nationals, residents or citizens. Without limitation to the foregoing, we will not be able to renew your health plan at the next policy renewal if you become a permanent resident of the U.S., and, if any other people covered under your policy become a resident of the U.S., we will not be able to renew their cover under their health plan at the next policy renewal date. 'Permanent resident' shall mean a person residing in the U.S. who is a citizen of or who is permitted under applicable laws to live and work, on a permanent basis, in the U.S., and 'U.S.' shall include the Commonwealth of Puerto Rico for this purpose.
8.2	You must tell us straight away if you change your correspondence address or other contact details as we will use the last address and contact details you gave us until you tell us otherwise.
9.	Ending this policy
9.1	The policyholder can at any time: ◦ cancel the entire policy, which will end cover for everyone; or ◦ cancel cover for a dependant. To do this, please tell us by telephone, email or post. The change will take effect 14 days after the policyholder tells us about the change. Please note: 1. we will not back-date the cancellation date and 2. will not pay claims for treatment which takes place after the policy ends.

No	CLAUSE
9.2	The refund of any premium will depend on the date the policyholder cancels the entire policy or the policy of a dependant. There are two scenarios: A. Cancellation within the first 30 days of the policy; or B. Cancellation after the first 30 days of taking out the policy. A. Cancellation within the first 30 days of cover: If the policyholder cancels the entire policy: ◦ within the first 30 days of cover starting for that policy year, and ◦ there have been no claims for treatment which took place in that 30-day period we will refund all premiums paid for that policy year. If the policyholder cancels cover for a dependant: ◦ within the first 30 days of cover starting for that dependant for that policy year, and ◦ there have been no claims for treatment for that dependant which took place in that 30-day period we will refund all premium paid for that dependant for that policy year. Important: In either case, where a claim has been made in the first 30 days of cover either by the policyholder or a dependant, we will treat this as acceptance to have a policy with us. This means if you wish to cancel the policy, it will be treated as cancellation taking place after the first 30 days (section B below). B. Cancellation after the first 30 days of cover: If the policyholder cancels the entire policy: ◦ after the first 30 days of cover for that policy year, or ◦ there have been claims for treatment which took place in the first 30 days of cover we will cancel the policy 14 days from the date the policyholder asked us (as mentioned in section 9.1 above). And we will refund any premiums already paid for after the 14-day cancellation period. For example, if the policyholder cancels the entire policy on 1 March, we will refund any premium paid for 15 March onwards. If the policyholder cancels cover for a dependant: ◦ after the first 30 days of cover for that policy year, or ◦ there have been claims for treatment for that dependant which took place in those first 30 days of cover we will refund any premium already paid for that dependant for after the 14-day cancellation period. For example, if the policyholder cancels the cover for a dependant on 1 March, we will refund any premium paid for 15 March onwards.
9.3	We will refund you on the same method you used to pay premium. This means the refund will go back into your bank account, credit card, debit card or via a cheque. Please be aware that if you have any outstanding payments with us, we may deduct this from the refund.
9.4	If: ◦ a dependant dies – The policyholder should tell us within 30 days. ◦ the policyholder dies – Any dependants on the policy, or family members of the policyholder, should tell us within 30 days. After we have been informed of the death, we will end the policy. Where the policyholder has died, a dependant aged 18 or over can apply to be the policyholder and can add more dependants to the policy. If there is no new policyholder, the policy will end. In either case, where there have been no claims, we will refund the premium for the period after the policy ended.
10.	Our role under this policy and appointment as your intermediary
10.1	Our role under this policy is to provide you with insurance cover and sometimes to make arrangements (on your behalf) for you to receive any covered benefits. It is not our role to provide you with the actual covered benefits.
10.2	You the policyholder, on behalf of yourself and the dependants, appoint us to act as intermediary for you, to make appointments or arrangements for you to receive covered benefits which you request. We will use reasonable care when acting as your intermediary.

No	CLAUSE
10.3	You the policyholder, on behalf of yourself and the dependants, authorise us as your intermediary, if for any reason you are not available to give us instructions with regard to any covered benefits (for example if you are incapacitated), to: ◦ take such action as we reasonably believe to be in your best interests (in accordance with the cover you have under this policy); ◦ provide any information about you to your benefit provider as we reasonably believe to be appropriate in the circumstances; and/or ◦ take instructions from the person we reasonably believe to be the most appropriate person (for example a family member, your treating doctor or your employer).
10.4	When acting as your intermediary we may act via our Bupa group of companies and administrators .
11.	Our liability to you
11.1	We (and our Bupa group of companies and administrators) shall not be liable to you or anyone else for any loss, damage, illness and/or injury that may occur as a result of your receiving any covered benefits, nor for any action or failure to act of any benefit provider or other person providing you with any covered benefits. You should be able to bring a claim directly against such benefit provider or other person.
11.2	Your statutory rights are not affected.
12.	Fraudulent Claims
12.1	In this clause 12, where we refer to ' you ' or ' you the policyholder ' this includes anyone acting on your behalf, where we refer to ' dependant ' this includes anyone acting on behalf of any dependant .
12.2	You the policyholder and any dependant must not: ◦ make a fraudulent or exaggerated or falsely stated claim under this policy; ◦ send us fake or forged documents or other false evidence, or make a false statement in support of a claim(s); and/or ◦ provide us with information which you the policyholder or any dependant knows would otherwise allow us to refuse to pay a claim(s) under this policy; and/or ◦ refuse to cooperate or fail to provide information/documents reasonably requested by us to validate your claim(s), whether outstanding or paid (including but not limited to proof of payment, medical reports and original invoices).
12.3	In the event of failure to comply with clause 12.2 above, we may: ◦ refuse to pay the whole of the claim and any other claim(s) submitted since the date of that claim; and/or ◦ recover any payments we have already made in respect of the claim and/or other claim(s) submitted since that claim. In addition, if you the policyholder breach clause 12.2 then we will let you, the policyholder, know that this policy has terminated from the date of the breach of clause 12.2, and not refund any premium for the policy. If only a particular dependant has breached clause 12.2 then we will let you, the policyholder, know that the cover under this policy for that particular dependant has terminated from the date of the breach of clause 12.2 above, and not refund any premium for that cover under the policy.
13.	Provision of accurate and complete information
13.1	In this clause 13, where we refer to ' you ' or ' you the policyholder ' this includes anyone acting on your behalf, where we refer to any ' dependant ' this includes anyone acting on behalf of any dependant .

No	CLAUSE
13.2	You and any dependant must take reasonable care to make sure that all information provided to us is accurate and complete, at the time you take out this plan, and at each renewal and variation of this plan. You and any dependant must also tell us if any of the answers to the questions in the application form change prior to this plan starting. Otherwise, the following apply with effect from the date the plan was taken out, renewed or varied (depending on when we were provided with inaccurate or incomplete information). A. We may treat this plan as if it had not existed if you deliberately or recklessly give us inaccurate or incomplete information. B. Where you negligently or carelessly give us inaccurate or incomplete information, or where A. applies but we choose not to rely on our rights under A, we may treat the plan and any claims in a way which reflects what we would have done if we had been provided with accurate and complete information, as follows: ◦ if we would have refused to cover you at all, we may treat this plan as if it had not existed; ◦ if we would have provided you with cover on different terms, then we may apply those different terms to this plan. This means a claim will only be paid if it is covered by and/or if you have complied with such different terms - for example your plan may contain new personal restrictions or exclusions; and/or ◦ if we would have charged you a higher premium, we may reduce the amount payable on any claim by comparing the higher premium to the original premium. For example, we will only pay half of a claim, if we would have charged double the premium.
13.3	Where it is a dependant (or you on their behalf) who has provided incomplete or inaccurate information, the same rules apply but only to that part of the plan which applies to the dependant, or to claims made by that dependant. The same rules apply if someone else provides us with information on your behalf or any dependant's behalf.
14.	Data Processing Notice
14.1	Please see Bupa Global's Privacy Notice.
15.	Complaints
15.1	How can I make a complaint? ◦ call us: + 33 (0) 1 57329109 ◦ email: info@bupaglobal.com ◦ write to: Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton, BN1 4FY, UK. You can also ask for a copy of our complaints process.
15.2	If we can't settle your complaint within eight weeks or you don't agree with our final decision, you may be able to refer it to the Financial Services and Pensions Ombudsman: ◦ write to: Financial Services and Pensions Ombudsman, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, D02 VH29 ◦ call them: +353 1 567 7000 ◦ email them: info@fspo.ie For more details go to: www.fspo.ie Customers resident in France and Monaco may also refer a complaint to La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.
16.	The law of this policy and where you can bring court action
16.1	This policy is governed by French law.
16.2	If any dispute arises as to the interpretation of this policy as between different language versions, then the English language version shall be treated as conclusive and take precedence over any other versions.

PRIVACY NOTICE

We are committed to protecting **your** privacy when dealing with **your** personal information. This privacy notice provides an overview of the information **we** collect about **you** and how **we** use and protect it. It also provides information about **your** rights.

The information **we** process about **you**, and **our** reasons for processing it, depends on the products and services **you** use. **You** can find more details in **our** full privacy notice available at: www.bupaglobal.com/privacypolicy. If **you** do not have access to the internet and would like a paper copy of the full privacy notice, or if **you** have any questions about how **we** handle **your** information, please contact the **Bupa Global** service team on +44 (0) 1273 323 563. Alternatively **you** can email or write to the team via info@bupaglobal.com or **Bupa Global**, Victory House, Trafalgar Place, Brighton BN1 4FY, **United Kingdom**.

Last updated: May 2023

Information about **Bupa Global**

1. What this privacy notice covers
2. How **we** collect personal information
3. Categories of personal information
4. What **we** use personal information for and **our** legal reasons for doing so
5. Profiling and automated decision making
6. Sharing **your** information
7. International transfers
8. How long **we** keep **your** personal information
9. **Your** rights
- 10.Data protection contacts

Information about Bupa Global

In this privacy notice, "**we**" "**us**" and "**our**" mean the **Bupa** companies trading as **Bupa Global**. For details of these companies, visit www.bupaglobal.com/legal-notices

The **Bupa** companies that process **your** information will depend on which of **our** products and services **you** ask **us** about, buy or use. For **our** insurance policies, **your** information will be processed by the insurer and the lead administrator of **your policy** who may share it with other **Bupa** companies as set out in the 'Sharing **your** information section'. Please refer to **your policy** documentation for confirmation of the insurer and lead administrator.

1. What this privacy notice covers

This privacy notice applies to anyone who interacts with **us** about **our** products and services ("**you**", "**your**"), in any way (for example email, website, phone, app and so on).

2. How we collect personal information

We collect personal information from **you** and from other organisations (for example those acting on **your** behalf, like brokers, healthcare providers and so on). If **you** give **us** information about other people, **you** must make sure that they have seen a copy of this privacy notice and are comfortable with **you** giving **us** their information.

3. Categories of personal information

We process the following categories of personal information about **you** and, if it applies, **your dependants**. This is standard personal information (for example information **we** use to contact **you**, identify **you** or manage **our** relationship with **you**), special categories of information (for example health information, information about race, ethnic origin and religion that allows **us** to tailor **your** care), and information about any criminal convictions and offences (**we** may get this information when carrying out anti-fraud or anti-money-laundering checks or other background screening activity).

4. What we use personal information for and our legal reasons for doing so

We process **your** personal information for the purposes set out in **our** full privacy notice, including to deal with **our** relationship with **you** (including for claims and complaints handling), for research and analysis, to monitor **our** expectations of performance (including of health providers relevant to **you**) and to protect **our** rights, property, or safety , or that of **our** customers, or others. The legal reason **we** process personal information depends on what category of personal information **we** process. **We** normally process standard personal information on the basis that it is necessary so **we** can perform a contract, for **our** or others' legitimate interests or it is needed or allowed by law. **We** process special categories of information because it is necessary for an insurance purpose, because **we** have **your** permission or as described in **our** full privacy notice. **We** may process information about **your** criminal convictions and offences (if any) if this is necessary to prevent or detect a crime.

5. Profiling and automated decision making

Like many businesses, **we** sometimes use automation to provide **you** with a quicker, better, more consistent and fair service, as well as with marketing information **we** think will interest **you** (including discounts on **our** products and services). This may involve evaluating information about **you** and, in limited cases, using technology to provide **you** with automatic responses or decisions. **You** can read more about this in **our** full privacy notice. **You** have the right to object to direct marketing and profiling relating to direct

marketing. **You** may also have rights to object to other types of profiling and automated decision-making.

6. Sharing your information

We share **your** information within the **Bupa group** of companies, with relevant **policyholders** (including **your** employer if **you** are covered under a group scheme), with funders who arrange services on **your** behalf, those acting on **your** behalf (for example brokers and other intermediaries) and with others who help **us** provide services to **you** (for example healthcare providers) or who **we** need information from to handle or check claims or entitlements (for example professional associations). **We** also share **your** information in line with the law. **You** can read more about what information may be shared in what circumstances in **our** full privacy notice.

7. International transfers

We work with companies that **we** partner with, or that provide services to **us** (such as healthcare providers, other **Bupa** companies and IT providers) that are located in, or run their services from, countries across the world. As a result, **we** transfer **your** personal information to different countries including transfers from within the **UK** to outside the **UK**, and from within the EEA (the EU member states plus Norway, Liechtenstein and Iceland) to outside the EEA, for the purposes set out in this privacy notice. **We** take steps to make sure that when **we** transfer **your** personal information to another country, appropriate protection is in place, in line with global data protection laws.

8. How long we keep your personal information

We keep **your** personal information in line with periods **we** work out using the criteria shown in the full privacy notice.

9. Your rights

You have rights to have access to **your** information and to ask **us** to correct, erase and restrict use of **your** information. **You** also have rights to object to **your** information being used, to ask **us** to transfer information **you** have made available to **us**, to withdraw **your** permission for **us** to use **your** information and to ask **us** not to make automated decisions which produce legal effects concerning **you** or significantly affect **you**. Please contact **us** if **you** would like to exercise any of **your** rights.

10. Data protection contacts

If **you** have any questions, comments, complaints or suggestions about this notice, or any other concerns about the way in which **we** process information about **you**, please contact **us** at info@bupaglobal.com. **You** can also use this address to contact **our** Data Protection Officer.

You also have the right to make a complaint to **your** local privacy supervisory authority. **We** are regulated by the Data Protection Commissioner (www.dataprotection.ie) who can be contacted at, 21 Fitzwilliam Square South, Dublin 2, D02 RD28, Ireland. Tel +353 (0)761 104 800 or +353 (0)57 868 4800.

GLOSSARY

Active treatment	Treatment from a medical practitioner of a disease, illness or injury that leads to your recovery, conservation of your condition or to restore you to your previous state of health as quickly as possible.
Artificial life maintenance	Any medical procedure, technique, medication or intervention delivered to a patient in order to prolong life.
Advanced therapy medicinal products (ATMPs)	Treatments that are based on genes, tissues or cells, for example Chimeric Antigen Receptor (CAR) T-cell treatment .
Assisted Reproduction Technologies	Technologies including but not limited to in-vitro fertilisation (IVF) with or without intra-cytoplasmic sperm injection (ICSI) gamete intra-fallopian transfer (GIFT), zygote intra-fallopian transfer (ZIFT), egg donation and intra-uterine insemination (IUI) with ovulation induction.
Benefit provider	The recognised medical practitioner, hospital or clinic, or any other service provider, which provides you with any covered benefits .
Birthing centre	A medical facility often associated with a hospital that is designed to provide a homelike setting during childbirth.
Blue Cross Blue Shield Association / Blue Cross Blue Shield Global / BCBSA	The Blue Cross and Blue Shield Association is a national federation of 36 independent, community-based and locally-operated Blue Cross and Blue Shield companies. Blue Cross Blue Shield Global is a brand owned by Blue Cross Blue Shield Association .
Bupa	The British United Provident Association Limited, a UK limited liability company limited by guarantee, registered in England and Wales with company number 00432511, with registered office at Bupa ,1 Angel Court, London, EC2R 7HJ, England.
Bupa Global, we, us, our	Bupa Global Designated Activity Company or any other insurance subsidiary or insurance partner of the British United Provident Association Limited.
Bupa Group	Bupa Global, Bupa Insurance Services Limited and all other companies in the Bupa Group , and those companies which provide any administration of this policy on behalf of Bupa Global .
Co-insurance	The percentage you have to pay towards those covered benefits to which co-insurance applies, as indicated in your membership certificate and membership guide.
Complementary therapist	Such as an acupuncturist, homeopath, reflexologist, naturopath or Chinese medicine practitioner who is fully trained and legally qualified and permitted to practise by the relevant authorities in the country in which the treatment is received.
Covered benefits	The treatment and benefits shown as covered in the Guide to your Bupa Global health plan .
Day-patient	Treatment which for medical reasons requires you to stay in a bed in hospital during the day only. We do not require you to occupy a bed for day-patient mental health treatment .

Dental practitioner	A person who: ◦ is legally qualified to practice dentistry, ◦ is recognised by the relevant authorities in the country in which the treatment takes place as having a specialised qualification following attendance at a recognised dental school, and ◦ is permitted to practice dentistry by the relevant authorities in the country where the dental treatment takes place Examples of a specialised qualification in the field of dentistry may include (but are not limited to) periodontics or paediatric dentistry.
Dependants	Any other people covered by this policy , as named on the insurance certificate.
Diagnostic tests	Investigations, such as X-rays or blood tests, to find the cause of your symptoms.
Dietician	Practitioners must be fully trained and legally qualified and permitted to practice by the relevant authorities in the country where the treatment is received.
Doctor	A person who: is legally qualified in medical practice following attendance at a recognised medical school to provide medical treatment , does not need a specialist's training, and is licensed to practise medicine in the country where the treatment is received. By recognised medical school we mean a medical school which is listed in the World Directory of Medical Schools as published from time to time by the World Health Organisation.
Emergency	A serious medical condition or symptoms resulting from a disease, illness or injury which arises suddenly and, in the judgment of a reasonable person, requires immediate treatment , generally within 24 hours of onset, and which would otherwise put your health at risk.
Europe	All EU countries, plus United Kingdom (UK) , Norway, Iceland, Liechtenstein, Switzerland, Andorra, Isle of Man, Channel Islands, Monaco, San Marino, Turkey and the Vatican
Family Members	Persons of a family relationship (related to you by blood or by law or otherwise). A full list of the family relationships falling within this definition is available on request.
Guide to your Elite Global health plan	The booklet entitled " Guide to your Elite Global health plan " for the health plan which is stated to apply to you on your insurance certificate. This sets out which treatments and benefits are included under and any exclusions that apply to this policy . Where you the policyholder have a different health plan to the dependants , a different " Guide to your Bupa Global health plan " will apply to each of you .
Health plan	Any insurance plans made available by Bupa Global from time to time.
Hospital	A centre of treatment which is registered, or recognised under the local country's laws, as existing primarily for carrying out major surgical operations , or providing treatment which only specialists can provide.
In-patient	Treatment which for medical reasons normally means that you have to stay in hospital bed overnight or longer.
Intensive care	Intensive care includes; High Dependency Unit (HDU): a unit that provides a higher level of medical care and monitoring, for example in single organ system failure. Intensive Therapy Unit/ Intensive Care Unit (ITU/ICU): a unit that provides the highest level of care, for example in multi-organ failure or in case of intubated mechanical ventilation. Coronary Care Unit (CCU): a unit that provides a higher level of cardiac monitoring. Special care baby unit: a unit that provides the highest level of care for babies.

Medical practitioner	A specialist, doctor, psychologist, psychotherapist, physiotherapist, osteopath, chiropractor, dietician, speech therapist, complementary therapist or therapist who provides active treatment of a known condition.
Medically necessary:	treatment , medical service or prescribed drugs/medication which is: (a) consistent with the diagnosis and medical treatment for the condition; (b) consistent with generally accepted standards of medical practice; (c) necessary for such a diagnosis or treatment ; (d) not being undertaken primarily for the convenience of the member or the treating medical practitioner
Mental health treatment	Treatment of mental conditions, including eating disorders.
Network	Hospitals , pharmacies or similar facilities, or Medical practitioner's that have an agreement in effect with Bupa Global or a service partner to provide you with covered treatment .
Out-patient	Treatment given at a hospital , consulting room, doctor's office or out-patient clinic where you do not stay overnight or as a day-patient to receive treatment .
Ovulation induction treatment	Treatment including medication to stimulate production of follicles in the ovary including but not limited to clomiphene and gonadotrophin therapy.
Persistent vegetative state:	A state of profound unconsciousness, with no sign of awareness or a functioning mind, even if the person can open their eyes and breathe unaided, and the person does not respond to stimuli such as calling their name, or touching. The state must have remained for at least four weeks with no sign of improvement, when all reasonable attempts have been made to alleviate this condition.
Pharmacy	A facility where prescribed drugs are prepared or sold.
Physiotherapists, osteopaths and chiropractors	Practitioners must be fully trained and legally qualified and permitted to practise by the relevant authorities in the country where the treatment is received.
Policy	Your contract of insurance with Bupa Global as described in Clause 1 of the Terms and Conditions.
Policy year	The 12 month period for which this policy is effective, as first shown on your insurance certificate and, if this policy is renewed, each 12 month period which follows the renewal date.
Policyholder	The main applicant set out in the application form and who will be the first person named on the insurance certificate.
Pre-existing condition	◦ Any medical condition declared in your application for cover which has been noted on your membership certificate as a 'personal exclusion' or covered pre-existing condition. ◦ Any medical condition declared in your application for cover which has been accepted with no 'personal exclusion' or underwriting loading applied ◦ Any disease illness or injury for which you received medication, advice or treatment, or you had experienced symptoms of whether the condition was diagnosed or not, prior to becoming a member which was not disclosed on your application for cover Where we have accepted your transfer to this plan from another insurance product on a continuous cover basis, the above reference to 'application for cover' shall mean your original application for cover under that previous insurance product.

Professional Sports Activities	Professional Sports Activities is any sport the member/ affiliates takes part in and is compensated for, whether when participating in training practice or in competitive practice.
Prophylactic surgery	Surgery to remove an organ or gland that shows no signs of disease, in an attempt to prevent development of disease of that organ or gland.
Psychologist and psychotherapist	A person who is legally qualified and is permitted to practice as such in the country where the treatment is received.
Qualified nurse	A nurse whose name is currently on any register or roll of nurses maintained by any statutory nursing registration body in the country where the treatment is received.
Reasonable and Customary	Reasonable and Customary means the 'usual', or 'accepted standard' amount payable for a specific healthcare treatment , procedure or service in a particular geographical region, and provided by benefit providers of comparable quality and experience.
Recognised medical practitioner, hospital or healthcare facility	Any provider who is not an unrecognised medical practitioner, hospital or healthcare facility .
Rehabilitation (Multidisciplinary rehabilitation)	Treatment in the form of a combination of therapies such as physical, occupational and speech therapy aimed at restoring full function after an acute event such as a stroke.
Renewal	Each anniversary of the date you joined the health plan .
Serious acute illness	A medical condition, or symptoms resulting from a disease, illness or injury which arises suddenly and in the reasonable opinion of the attending specialist and our medical consultants, requires immediate treatment , generally within 24 hours of onset, and which would otherwise put your health at serious risk.
Service partner	A company or organisation that provides services on behalf of Bupa Global . These services may include pre-authorisation of cover and location of local medical facilities.
Specialist	A surgeon, anaesthetist or specialist who: is legally qualified to practise medicine or surgery following attendance at a recognised medical school, is recognised by the relevant authorities in the country in which the treatment is received as having specialised qualification in the field of, or expertise in, the treatment of the disease, illness or injury being treated. By 'recognised medical school' we mean a medical school which is listed in the World Directory of Medical Schools, as published from time to time by the World Health Organisation.
Specified country of nationality	The country of nationality specified by you in your application form or as advised to us in writing, which ever is the later.
Specified country of residence	The country of residence specified by you in your application and shown in your insurance certificate, or as advised to us in writing, whichever is the later. The country you specify must be the country in which the relevant authorities (such as tax authorities) believe you to be resident for the duration of the policy .
Speech therapist	Practitioners must be fully trained and legally qualified and permitted to practice by the relevant authorities in the country where the treatment is received.
Surgical operation	A medical procedure that involves the use of instruments or equipment.
Therapists	An occupational therapist or orthoptist, who is legally qualified and is permitted to practise as such in the country where the treatment is received.

Treatment	Surgical or medical services (including diagnostic tests) that are needed to diagnose, relieve or cure disease, illness or injury.
UK	Great Britain and Northern Ireland.
Unrecognised medical practitioner, provider or facility	◦ Treatment provided by a medical practitioner, hospital or healthcare facility which are not recognised by the relevant authorities in the country where the treatment takes place as having specialist knowledge, or expertise in, the treatment of the disease, illness or injury being treated. ◦ Self treatment or treatment provided by anyone with the same residence, Family Members (persons of a family, related to you by blood or by law or otherwise). A full list of the family relationships falling within this definition are available on request. ◦ Treatment provided by a medical practitioner, hospital or healthcare facility which are to whom we have sent a written notice that we no longer recognise them for the purposes of our health plans. You can contact us by telephone for details of benefit providers we have sent written notice to or visit Facilities Finder at bupaglobal.com/en/facilities/finder
We/us/our	Bupa Global
You the policyholder	Just the policyholder .
You/your	The policyholder and/or any dependants .

General services:

+44 (0) 1273 323 563

Medical related enquiries:

+44 (0) 1273 333 911

Your calls may be recorded or monitored.

Bupa Global offers you:

Global medical plans for
individuals and groups
Assistance, repatriation and
evacuation cover
24-hour multi-lingual helpline

bupaglobal.com

For services in the U.S.

**Blue Cross Blue Shield Global
US** Service Center
Palmetto Bay Village Center
17901 Old Cutler Road, Suite #400
Palmetto Bay, FL 33157

info@bupaglobalaccess.com
+1 786-257-4741

Bupa Global Designated Activity Company (**Bupa
Global** DAC), trading as **Bupa Global**, is a designated
activity company limited by shares registered in Ireland
under company number 623889 and having its registered
office at Second Floor, 10 Pembroke Place, Ballsbridge,
Dublin 4, DO4 V1W6.

Bupa Global DAC, trading as **Bupa Global**, is regulated
by the Central Bank of Ireland.

Global Virtual Care, **Bupa** Lifeworks and Second Medical
Opinion are not regulated by the Central Bank of Ireland.



GUIDE DE VOTRE PLAN SANTÉ ELITE GLOBAL

PARTENARIAT ENTRE DEUX ORGANISATIONS DE SANTÉ DE RANG INTERNATIONAL



SOMMAIRE

3	Introduction
4	Nous sommes réveillés en même temps que vous
6	Besoin d'un traitement ?
8	Bienvenue dans MembersWorld
10	Services de bien-être
12	Processus de demande de remboursement
15	Souhaitez-vous ajouter des personnes à votre plan santé ?
17	Les prestations liées à votre plan santé
18	Tableau des prestations
33	Exclusions
38	Conditions générales d'assurance
50	Glossaire

BONJOUR

Avec un **plan santé** de **Bupa Global** et **Blue Cross Blue Shield Global**, **vous** bénéficiez de l'efficacité, de l'ampleur et du savoir-faire de deux des noms les plus respectés dans les soins de santé internationaux.

Dans ce **guide**, **vous** trouverez des informations faciles à comprendre concernant **votre plan santé**, y compris :

- des recommandations à suivre quand **vous** avez besoin d'un **traitement**
- des étapes simples pour comprendre le processus de demande de remboursement
- un « Tableau des prestations » et une liste des « Exclusions générales » qui indiquent ce qui est ou n'est pas couvert, ainsi que les limites de prestations qui peuvent s'appliquer.
- un « Glossaire » pour mieux comprendre la signification de certains des termes utilisés

Pour profiter le mieux possible de **votre plan santé**, lisez attentivement les sections « Tableau des prestations » et « Exclusions générales », afin de comprendre pleinement **votre** couverture, ainsi que **vos** « Conditions générales d'assurance » incluses dans votre **Pack de bienvenue**.

AVANT DE COMMENCER, VOICI QUELQUES ÉLÉMENTS QUE **NOUS** AIMERIONS PORTER À **VOTRE** ATTENTION...

VOTRE ASSUREUR	Bupa Global est l'unique assureur de ce plan.
VOTRE ZONE GÉOGRAPHIQUE DE COUVERTURE EST LE MONDE ENTIER	Du moment qu'il est couvert par votre plan santé , vous pouvez recevoir votre traitement chez n'importe quel praticien médical reconnu, dans n'importe quel(le) hôpital ou clinique dans le monde. Pour voir un résumé des hôpitaux , utilisez la fonction de recherche d'établissement de soins sur https://bupaglobal.com/facilitiesfinder .
MOTS EN GRAS	Tous les mots écrits en gras sont des termes définis qui correspondent à votre couverture. Vous pouvez vérifier leur signification dans le « Glossaire ».
MOTS OU TEXTE SURLIGNÉS EN JAUNE	Tout mot ou texte surligné en jaune est un mot ou un texte que Bupa Global souhaite rendre plus visible à vos yeux et qui concernent les annulations, pénalités et/ou exclusions de votre police d'assurance . N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des demandes concernant les sections surlignées.
TRAITEMENT QUE NOUS COUVRONS	Votre plan santé Elite Global couvre le coût du traitement en cas de maladie ou de blessure, menant à la préservation de votre état, votre rétablissement ou votre retour à votre état de santé précédent. Ceci comprend le traitement des maladies chroniques, congénitales et héréditaires qui peuvent être couvertes, sous réserve de l'approbation de l'assureur. Votre traitement est couvert s'il : ○ est couvert par le plan santé ○ correspond au moins aux normes généralement acceptées de pratiques médicales dans le pays où le traitement est reçu ○ a une adéquation clinique en termes de type, durée, lieu et fréquence De plus, votre plan santé Elite Global comprend des prestations préventives permettant de vous maintenir en bonne santé. Vous les trouverez dans le « Tableau des prestations ».
ACCÈS AUX SOINS AUX ÉTATS-UNIS	Dans le cadre de votre plan santé , vous aurez accès à la meilleure couverture proposée aux États-Unis via les réseaux de Blue Cross Blue Shield . Pour en savoir plus, rendez-vous sur https://bupaglobalaccess.com

DES QUESTIONS ? Nous serons heureux d'y répondre.
Contactez-nous en utilisant les coordonnées imprimées sur **vos** cartes d'assurance.

Bupa Global est le nom commercial de **Bupa**, le groupe international de soins de santé. **Bupa** est un exploitant sous licence indépendant de **Blue Cross et Blue Shield Association**. **Bupa Global** n'est pas autorisé par **Blue Cross et Blue Shield Association** à vendre des produits co-marqués de **Bupa Global/Blue Cross Blue Shield Global** en Argentine, au Canada, au Costa Rica, au Panama, en Uruguay et aux îles Vierges des États-Unis. À Hong-Kong, **Bupa Global** est autorisé uniquement à utiliser les marques **Blue Shield**. Rapportez-vous à vos conditions générales d'assurance de **police d'assurance pour voir la disponibilité de couverture**. **Blue Cross et Blue Shield Association** sont une fédération nationale de 36 entreprises indépendantes, communautaires et exploitées localement les entreprises par Blue Cross et Blue Shield. Blue Cross Blue Shield Global est une marque appartenant à Blue Cross et Blue Shield Association. Pour plus d'informations sur Bupa Global, rendez-vous sur www.bupaglobalaccess.com, et pour plus d'informations sur Blue Cross et Blue Shield Association, rendez-vous sur www.BCBS.com

NOUS SOMMES RÉVEILLÉS EN MÊME TEMPS QUE VOUS

Vous pouvez **nous** appeler à tout moment, jour et nuit, pour obtenir des conseils de santé, du soutien et une assistance, auprès d'un personnel médical qui comprend **votre** situation.

Vous pouvez **nous** demander de l'aide concernant* :

- des informations médicales générales
- trouver des établissements médicaux locaux
- demander un deuxième avis médical
- des informations sur les déplacements
- informations sur la sécurité
- informations sur les vaccins et les visas nécessaires
- l'envoi de message **urgent**
- un interprète et recommandation d'une ambassade

Vous pouvez **nous** demander d'effectuer ces évacuations et rapatriements, y compris :

- le transport en ambulance aérienne
- les vols commerciaux, avec ou sans escorte médicale
- le transport sur civière
- le transport des dépouilles mortelles
- l'organisation du déplacement de la famille et des accompagnants

Nous considérons que chaque personne et chaque situation est différente et nous nous efforçons de trouver des réponses et des solutions spécifiquement pour **vous**. **Notre** équipe d'assistance s'occupera de **votre** cas du début à la fin, **vous** êtes donc toujours en contact avec une personne au courant de la situation.

Des informations plus accessibles Si **vous** souhaitez recevoir les documents concernant **votre** produit en gros caractères, au format audio ou en braille, veuillez **nous** contacter à l'aide du numéro sur **votre** carte de membre.

* **Nous** obtenons les informations de santé, déplacement et sécurité auprès de tierces parties. **Vous** devez vérifier ces informations, car **nous** ne les contrôlons pas et, par conséquent, ne pouvons être tenus responsables d'aucun(e) erreur, omission, perte, dommage, maladie ni blessure qui pourrait se produire en raison de ces informations.

BESOIN D'UN TRAITEMENT ?

Nous voulons nous assurer que tout se passe le mieux possible quand **vous** avez besoin d'un **traitement**, ainsi nous nous occupons des aspects pratiques, pour vous permettre de **vous** concentrer sur votre guérison.

Si **vous nous** contactez avant de suivre un **traitement**, **nous** vous expliquerons **vos** prestations et confirmerons si **votre traitement** est couvert par **votre plan santé**. Si nécessaire, **nous** pouvons aussi vous aider en vous suggérant des **hôpitaux**, cliniques et **médecins** et en vous offrant l'aide et les conseils dont **vous** pourriez avoir besoin.

Dans les cas où **vous** avez besoin d'un **traitement hospitalier**, en **nous** contactant, vous **nous** donnez aussi la possibilité de contacter **votre hôpital** ou clinique pour vérifier qu'il/elle dispose de tout ce dont il/elle a besoin pour **votre traitement**. Si possible, **nous** ferons en sorte de les payer directement.

Nous souhaitons **vous** informer qu'il y a certaines prestations pour lesquelles **vous devez** recevoir une autorisation préalable. Vous les trouverez dans **votre** « Tableau des prestations ». Certaines prestations peuvent ne pas être prises en charge sans autorisation préalable.

Demande d'autorisation préalable

Vous pouvez demander une autorisation préalable pour **votre traitement** par téléphone ou par e-mail. Une fois que **nous** avons les informations nécessaires, **nous** envoyons une déclaration d'autorisation préalable à **votre hôpital** ou clinique.

De plus, **nous vous** enverrons aussi la déclaration d'autorisation préalable. Vous pouvez l'utiliser comme formulaire de demande de remboursement à **nous** renvoyer si **vous** recevez des factures ou si on vous demande de payer

N'oubliez pas que nous pouvons proposer un service de deuxième avis médical

La solution à un problème de santé n'est pas toujours évidente. C'est pour cette raison que **nous vous** offrons la possibilité d'obtenir une deuxième opinion d'un **spécialiste** international.

vous-même une partie de **votre traitement**. Vous trouverez de plus amples informations sur la demande de remboursement à la page suivante.

De temps en temps, **nous vous** demanderons de plus amples informations, par exemple pour éliminer tout lien avec des **antécédents médicaux**.

Notre approche concernant les coûts

Lorsque **vous** avez besoin d'un **prestataire de service**, **notre** équipe dévouée peut **vous** aider à trouver un **praticien médical, hôpital ou établissement de santé reconnu** faisant partie du **réseau**. **Vous** pouvez aussi voir un résumé des **prestataires de traitement** en utilisant la fonction de recherche d'établissement sur <https://bupaglobal.com/en/facilities/finder>. Lorsque **vous** choisissez de recevoir **vos traitements** et des services d'un **prestataire** du **réseau**, **nous** réglerons tous les coûts couverts des **prestations couvertes**, une fois que toute **coassurance** ou toute franchise applicable dont le règlement est à **votre** charge aura été déduit du montant total de la demande de remboursement.

Dans le cas où **vous** choisiriez de bénéficier de **prestations couvertes** d'un **prestataire de service** hors **réseau**, **nous** couvririons uniquement les coûts **raisonnables et habituels**. Cela signifie que les coûts facturés par le **prestataire de service** ne doivent pas dépasser ceux généralement facturés et être similaires à ceux d'autres **prestataires de service** proposant des résultats médicaux comparables dans la même région géographique. Ceux-ci sont déterminés par **notre** expérience des coûts habituels et les plus répandus de cette région. Parfois, les gouvernements et les organismes médicaux officiels publient des recommandations pour les honoraires et les pratiques médicales (y compris les plans de **traitement** établis, qui indiquent le protocole le plus approprié pour un état de santé, une opération ou une procédure spécifique). Dans ces cas-là, ou si des normes publiées du secteur des assurances existent, **nous** pouvons nous y reporter pour évaluer et prendre en charge les demandes de remboursement. Les frais supérieurs aux recommandations publiées ou aux **coûts raisonnables et habituels** facturés par un **prestataire de service** « hors **réseau** » ne seront pas pris en charge.

Ceci signifie que dans le cas où **vous** choisiriez de bénéficier de **prestations couvertes** d'un **prestataire de service** hors **réseau** :

- **il vous** reviendrait la responsabilité de payer tout montant excédentaire au montant que **nous** déterminons raisonnablement comme **raisonnable et habituel** ; **vous devrez le régler directement au prestataire de service hors réseau** que **vous avez choisi** ;
- nous n'avons pas de contrôle sur le montant que vous facturera directement le prestataire de service que vous avez choisi hors réseau.

Il arrive parfois qu'il ne soit pas possible pour **vous** de recevoir un traitement par un **prestataire de service** du **réseau**, par exemple si **vous** êtes emmené chez un **prestataire de service** hors **réseau** en cas d'**urgence**. Dans ce cas, **nous** couvrirons tous les coûts éligibles de toutes les **prestations couvertes** (après la déduction de toute **coassurance** ou franchise applicable).

Si **vous** êtes emmené d'**urgence** chez un **prestataire de service** « hors **réseau** », il est important que **vous** ou le **prestataire de service nous** contactez dans les 48 heures qui suivent **votre** admission, ou aussi rapidement qu'il l'est raisonnablement possible compte tenu des circonstances. Si c'est la meilleure solution pour **vous**, **nous vous** ferons transférer chez un **prestataire de service** du **réseau** afin de poursuivre **votre traitement** dès que **votre** état sera stable. Si **vous** refusez le transfert chez un **prestataire de service** du **réseau**, seuls les coûts **raisonnables et habituels** de toutes les **prestations couvertes** reçues après la date à laquelle le transfert a été proposé seront payés (après déduction de toute **coassurance** ou franchise applicable).

D'autres règles sont susceptibles de s'appliquer pour ce qui est des **prestations couvertes** reçues d'un **prestataire de service** hors **réseau** dans certains pays.

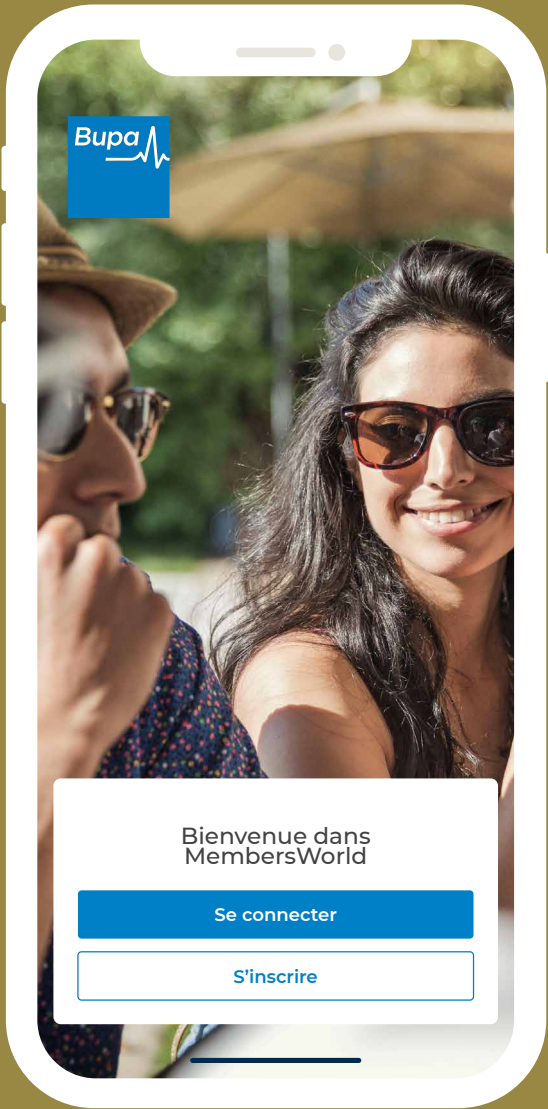
Ces niveaux de frais peuvent être régis par des directives publiées par des organismes pertinents du gouvernement ou des organismes médicaux officiels dans la zone géographique particulière, ou peuvent être déterminés par **notre** expérience des coûts habituels et les plus répandus de cette région.



Votre demande d'autorisation préalable a été acceptée et votre traitement vous sera administré ?

Pensez à toujours conserver **vos** cartes d'assurance sur **vous** et à présenter, lors de **votre** arrivée, la carte appropriée à **votre prestataire de service**.

BIENVENUE DANS MEMBERSWORLD



Votre compte MembersWorld **vous** offre un accès à **Bupa Global** chaque fois que **vous** en avez besoin.

Vous pouvez vous inscrire sur MembersWorld à l'adresse suivante : <https://membersworld.bupaglobal.com> et télécharger l'application **Bupa Global** MembersWorld à partir de **vos**re App Store.

MembersWorld est destiné à toutes les personnes de plus de 16 ans inscrites sur la **police** d'assurance.

Toutes les **personnes à charge** de plus de 16 ans peuvent accéder à ces services, il est donc important qu'elles s'inscrivent également.

Si **vous** êtes le **membre principal** et que vous souhaitez accéder à des informations sur **vos personnes à charge** dans MembersWorld, ces personnes devront s'inscrire pour obtenir un compte et donner leur autorisation. Pour ce faire, il leur suffit d'aller dans les paramètres de leur compte et de mettre à jour leurs options de consentement.

Si **vous** n'êtes pas le **membre principal**, **vous** ne pourrez pas accéder aux informations concernant les autres **personnes à charge** dans MembersWorld.



Comment accéder à MembersWorld

Vous pouvez accéder et vous inscrire en ligne sur <https://membersworld.bupaglobal.com> avec **vos**re navigateur web habituel ou au moyen de **notre** application.

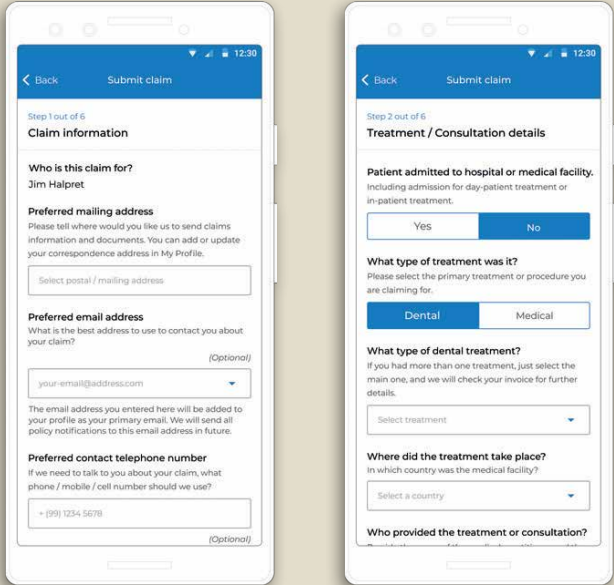
Recherchez « MembersWorld » sur l'App Store ou Google Play et téléchargez sur **vos**re appareil pour accéder à **vos**re compte en ligne.



*MembersWorld ne peut pas suivre les demandes de remboursement aux États-Unis car **nous** utilisons un **partenaire de service** dans ce pays.

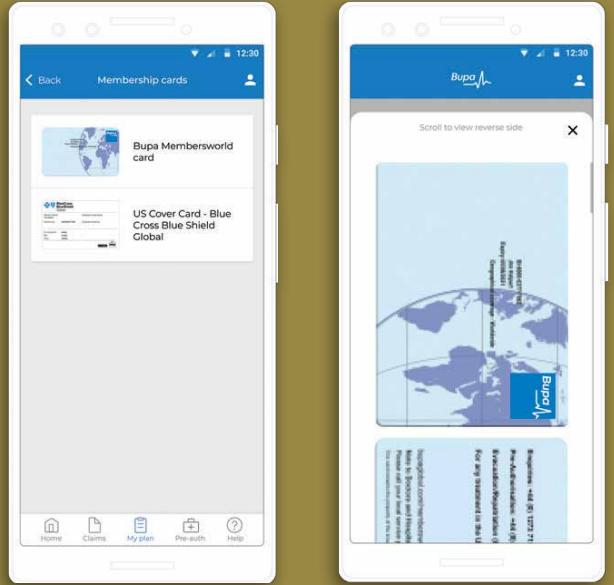
Demandes de remboursement et autorisations préalables

- Envoyer les demandes de remboursement*
- Demander une autorisation préalable
- Voir et suivre les progrès*
- Revoir et transmettre des informations supplémentaires ou manquantes



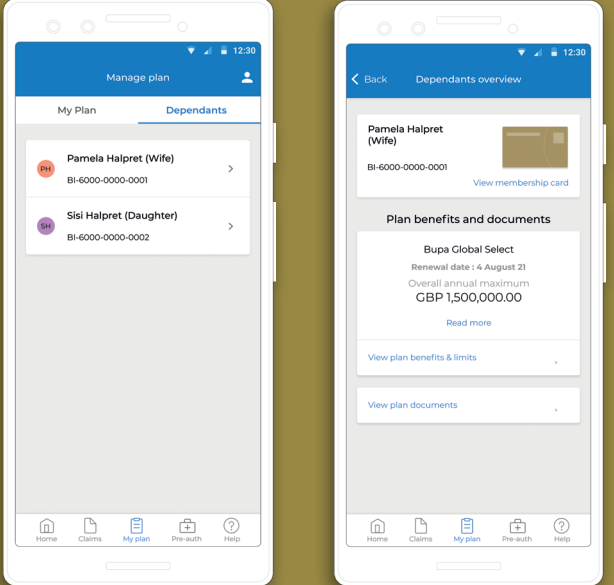
Cartes de membre

- Accédez à **vos** cartes de membre chaque fois que **vous** en avez besoin



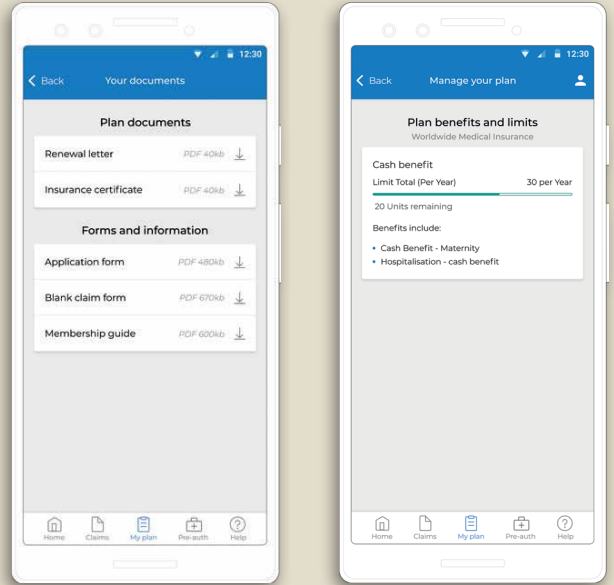
Personnes à charge

- Consulter les plans, documents et cartes de membre des **personnes à charge**
- Envoyer et consulter une demande de remboursement*
- Permettre au **membre principal** de gérer le compte des **personnes à charge**



Documents de police d'assurance

- Consultez et téléchargez les documents relatifs à **vos**re plan



SERVICES DE BIEN-ÊTRE

Chez **Bupa Global**, nous comprenons que le bien-être signifie plus que **votre** simple santé physique. **Nos** programmes de bien-être **vous** soutiennent, vous et **votre** famille, dans tous les moments qui comptent, en prenant soin de **votre** santé physique et mentale. **Vous** pouvez commencer à utiliser ces programmes de bien-être dès maintenant !

Ils sont à **votre** disposition dès la prise d'effet de **votre police d'assurance**, sans coût supplémentaire. L'utilisation des services énumérés sur cette page n'a aucune incidence sur les primes de **votre police** d'assurance ou sur les prestations de **votre** plan. Pour plus d'informations sur l'un de ces services, veuillez contacter le service clientèle.

Votre bien-être

Consultez les pages web de **Bupa Global** sur la santé et le mode de vie, qui ne cessent de se développer, à l'adresse **www.bupaglobal.com/en/your-wellbeing**

Vous trouverez de nombreux articles passionnants, des informations pratiques et des conseils faciles à suivre pour **vous** aider, vous et **votre** famille, à vivre plus longtemps, en meilleure santé et plus heureux.

Deuxième avis médical*

En tant que client de **Bupa Global**, **vous** pouvez obtenir un deuxième avis médical auprès d'une équipe de **médecins spécialistes** internationaux de premier plan.

Ce service virtuel peut **vous** rassurer et **vous** aider à faire face au diagnostic ou au **traitement** qui **vous** a été administré, ainsi qu'à prendre les mesures les plus appropriées en ce qui concerne **votre** santé. Une équipe indépendante de **médecins** examinera **vos** antécédents médicaux, ainsi que tout **traitement** proposé, et **vous** remettra un rapport détaillé comprenant des recommandations sur la meilleure approche à adopter pour une récupération optimale.

Pour demander un deuxième avis médical, remplissez un formulaire de recommandation en ligne via le site web MembersWorld ou contactez l'équipe du service clientèle de **Bupa Global** au **+44 (0) 1273 323 563** ou **envoyez un e-mail à info@bupaglobal.com**

Global Virtual Care*

Notre application de consultation virtuelle **vous** permet, à vous et à **vos personnes à charge**, d'accéder sur demande à un **réseau** de **médecins** internationaux hautement qualifiés. Le **médecin** peut **vous** aider, vous et **votre** famille, à mieux comprendre **vos** symptômes et à obtenir les meilleurs soins possibles, où que **vous** soyez dans le monde.

Les fonctionnalités comprennent (selon la réglementation locale) :

- Consultations vidéo et téléphoniques
- Notes du **médecin**
- Automédication
- Références
- Ordonnances

Accédez à des consultations virtuelles avec un médecin à toute heure du jour ou de la nuit en vous connectant à l'application MembersWorld. Si **vous** n'êtes pas encore inscrit, rendez-vous sur la page MembersWorld pour commencer votre inscription.

Téléchargez Global Virtual Care à partir de l'App Store ou de Google Play.



Virtual Care



PROCESSUS DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Que **vous** optiez pour le tiers payant (paiement direct par l'assureur) ou décidiez de payer puis effectuer une demande de remboursement, **notre** processus de paiement ou de demande de remboursement est rapide et facile. Dans la mesure du possible, **nous** appliquons le règlement direct, celui-ci doit cependant être accepté par la personne ou l'établissement qui prodigue le **traitement**. Le règlement direct n'intervient généralement que pour les traitements nécessitant une **hospitalisation** ou **pour les traitements ambulatoires**. Il nous est plus facile de régler directement les soins si **vous** faites en premier lieu une demande d'autorisation préalable **de votre traitement** ou si **vous** recevez un traitement dans un **hôpital** ou un établissement de santé participant.

Si **vous** avez besoin d'aide concernant une demande de remboursement, **vous** pouvez

- **nous** appeler au **+33 (0) 1 5732 9109**
- nous envoyer un e-mail à **info@bupaglobal.com**

Comment faire une demande de remboursement

- La façon la plus rapide de soumettre **votre** demande de remboursement est de vous connecter à **votre** compte MembersWorld et de soumettre **votre** demande de remboursement par voie électronique. **Vous** avez le choix de soumettre une demande de remboursement en ligne ou de télécharger un formulaire de demande de remboursement dûment complété.
- Assurez-vous que **nous** disposions de toutes les informations, car tout retard de paiement de demande de remboursement est principalement dû à des informations incomplètes, manquantes ou inéligibles.
- Assurez-vous que **vous** avez fourni **vos** coordonnées bancaires correctes. Le remboursement par virement bancaire est de loin le moyen le plus rapide de recevoir **votre** paiement.





SOUHAITEZ-VOUS AJOUTER DES PERSONNES À VOTRE PLAN SANTÉ ?

Vous pouvez demander à inclure des **personnes à charge**, comme les nouveau-nés, à ce **plan santé** en compilant un formulaire de souscription.

Vous pouvez facilement le télécharger depuis <https://membersworld.bupaglobal.com>. Si **vous** ajoutez **votre** nouveau-né, veuillez remplir le « Formulaire de demande de souscription pour nouveau-né » ou **vous** pouvez **nous** contacter et **nous** vous en enverrons un.

Vous pouvez ajouter des personnes à charge à un plan santé différent et/ou inclure une coassurance différente pour chaque personne.

Quand **vous** faites une demande de souscription, le dossier médical de la personne à charge sera examiné par **notre** équipe médicale, qui pourra décider de couvrir les **antécédents médicaux** ou de les exclure, **ou nous** pouvons refuser toute couverture. Le début de la couverture sera la date à laquelle **notre** équipe médicale accepte **votre** souscription. Les restrictions ou exclusions éventuelles sont spécifiques à la personne que **vous** ajoutez et apparaîtront sur **votre** certificat d'assurance.

Les enfants sont couverts sans coût supplémentaire

Avec **votre** plan santé **Elite Global**, vous pouvez assurer jusqu'à deux enfants de moins de 10 ans par parent ou tuteur assuré, sans coût supplémentaire, après évaluation médicale. L'enfant ajouté doit résider à la même adresse que le parent ou le tuteur assuré qui a la garde légale de l'enfant.

Ajouter votre nouveau-né ?

Félicitations pour l'arrivée de **votre** enfant !

Pour ajouter **votre** nouveau-né, **vous** devez **nous** envoyer un formulaire de souscription de nouveau-né dûment rempli. Si :

- l'un des parents est adhérent de **Bupa Global** depuis au moins 10 mois avant la naissance du bébé et
- **nous** recevons le formulaire de souscription dans les 30 jours après la naissance du bébé

nous ajouterons le bébé à la **police** d'assurance à partir de sa date de naissance et n'appliquerons pas d'exclusions personnelles à la couverture du bébé.

Toutefois, si :

- l'un des parents est adhérent de **Bupa Global** depuis au moins 10 mois avant la naissance du bébé, ou
- **nous** recevons le formulaire de souscription plus de 30 jours après la naissance du bébé, ou
- le bébé est né aux États-Unis,

les antécédents médicaux du bébé seront examinés par **notre** équipe médicale, qui pourra décider de couvrir des antécédents médicaux, des restrictions spéciales ou des exclusions, ou **nous** pouvons refuser toute couverture. Cela signifie que si le bébé présente des problèmes médicaux nécessitant un **traitement**, ceux-ci peuvent ne pas être couverts par la **police** d'assurance. La couverture commencera à la date à laquelle **nous** recevons le formulaire de souscription.

En cas de modifications des informations que **vous** avez fournies dans le formulaire de demande de souscription, après que **vous** ou **vos personnes à charge** l'avez signé et avant que **nous** n'acceptons la demande de souscription, veuillez **nous** en informer immédiatement.



LES PRESTATIONS LIÉES À VOTRE PLAN SANTÉ

Le « Tableau des prestations » explique ce qui est couvert par **votre plan santé** et les limites éventuelles.

Limites de prestations

Ce tableau contient trois sortes de limites de prestations :

1. Le « maximum annuel global » - montant maximum que **nous** payons au total pour toutes les prestations, pour chaque personne, chaque **année d'assurance**.
2. Les limites annuelles pour un groupe de prestations - le montant maximum que **nous** verserons au total pour toutes les prestations de ce groupe, par exemple pour des soins **ambulatoires** courts quotidiens.
3. Les limites de prestations individuelles - le montant maximum que **nous** verserons pour certaines prestations telles que la **rééducation**.

Toutes les limites de prestations s'appliquent par personne. Certains s'appliquent à chaque **année d'assurance**, ce qui signifie que, une fois le plafond atteint, la prestation ne sera plus disponible jusqu'au renouvellement de **votre plan santé**. D'autres s'appliquent par durée de vie, ce qui signifie que, une fois la limite atteinte, aucune autre prestation ne sera remboursée, malgré le **renouvellement** de **votre plan santé**.

Devises

Toutes les limites de prestations et notes relatives aux prestations sont exprimées en trois devises : EUR, GBP et USD. La devise dans laquelle **vous** payez **votre** prime d'assurance sera la devise appliquée à **votre plan santé** concernant les limites de prestations.

Délais d'attente

Vous remarquerez que des délais d'attente s'appliquent à certaines prestations. Cela signifie que **vous** ne pouvez pas effectuer de demande de remboursement de cette prestation précise tant que le délai d'attente correspondant n'est pas entièrement écoulé.

Comment fonctionne la coassurance ?

Si **vous** avez choisi une **coassurance**, elle apparaîtra sur **votre** certificat d'assurance et sur **votre** carte d'assurance. Chaque personne de **votre** plan peut avoir une **coassurance** différente, pensez à la vérifier.

La **coassurance** de ce **plan santé** correspond au pourcentage de toutes les dépenses de soins **ambulatoires** courts quotidiens que **vous nous** communiquez - consultez **votre** « Tableau des prestations ».

EXEMPLE

Avec une **coassurance** de 15 %, **vous** payez toujours 15 % **des** traitements ambulatoires courts **quotidiens**

Votre consultation chez un médecin coûte 80 €	La coassurance de 15 % pour les traitements ambulatoires courts quotidiens couvre 12 €
--	---

Nous devons donc verser **68 €**

La même année, vous passez 5 jours à l' hôpital pour un coût de 8 000 €	Comme il s'agit d'une hospitalisation , la coassurance couvre 0 €
--	--

Nous devons donc verser **8 000 €**

Notez que les limites de prestations indiquées dans le « Tableau des prestations » correspondent au maximum pris en charge par **notre** compagnie.

TABLEAU DES PRESTATIONS

PLAN SANTÉ ELITE

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
TOUTES LES PRESTATIONS CI-DESSOUS, MÊME CELLES PRISES EN CHARGE DANS LEUR TOTALITÉ COMPTERONT DANS LE CALCUL DE LA LIMITE MAXIMALE ANNUELLE GLOBALE DE LA POLICE D'ASSURANCE	
TOUTES LES PRESTATIONS CI-DESSOUS, MÊME CELLES PRISES EN CHARGE DANS LEUR TOTALITÉ COMPTERONT DANS LE CALCUL DE LA LIMITE MAXIMALE ANNUELLE GLOBALE DE LA POLICE D'ASSURANCE	Maximum annuel global de la police d'assurance 3 000 000 GBP, 3 750 000 EUR, 5 100 000 USD
AUTORISATION PRÉALABLE OBLIGATOIRE NÉCESSAIRE POUR : ◦ chirurgie de l'obésité ◦ chirurgie prophylactique ◦ défibrillateur cardiaque interne ◦ chirurgie reconstructive ◦ rééducation ◦ traitement contre le cancer ◦ médicaments de thérapie innovante (MTI) ◦ transport (évacuation et rapatriement) ◦ tous les séjours hospitaliers de plus de 5 jours ◦ complications liées à la maternité et à l'accouchement ◦ soins à domicile	
SOINS AMBULATOIRES COURTS	
*PAYÉ EN TOTALITÉ À HAUTEUR DE LA LIMITE MAXIMUM ANNUELLE DE TRAITEMENTS AMBULATOIRES QUOTIDIENS DE 50 000 GBP, 62 500 EUR OU 85 000 USD	Maximum annuel 50 000 GBP, 62 500 EUR ou 85 000 USD
Options de co-assurance : Aucune co-assurance Facultatif 15 % Facultatif 25 % Veuillez vous reporter à votre certificat d'assurance pour plus d'informations sur toute co-assurance s'appliquant à vos prestations de soins ambulatoires quotidiens	
OPÉRATIONS CHIRURGICALES AMBULATOIRES Effectuées par un spécialiste ou un généraliste.	Payé(e)s en totalité*
PATHOLOGIE, IRM, RADIOLOGIE ET TESTS DIAGNOSTIC Lorsque recommandés par votre spécialiste ou généraliste pour faciliter le diagnostic ou l'évaluation de votre état de santé : ◦ examens tels que les prises de sang ◦ radiologie tels que les échographies ou les radiographies ◦ des tests diagnostic tels que les électrocardiogrammes (ECG)	Payé(e)s en totalité*

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
CONSULTATIONS CHEZ UN SPÉCIALISTE ET HONORAIRES MÉDICAUX Consultations chez votre spécialiste ou généraliste, par exemple pour : ◦ recevoir ou préparer un traitement ◦ procéder au suivi d'un traitement déjà reçu ◦ recevoir des bilans de santé de routine pour les bébés/enfants ◦ recevoir des consultations/traitements avant et après hospitalisation ◦ recevoir des ordonnances médicales ; ou ◦ diagnostiquer vos symptômes Les éventuels vaccinations/immunisations administrées lors de la consultation sont payées à partir de la prestation de vaccination. Ces consultations peuvent avoir lieu dans le cabinet d'un spécialiste ou d'un généraliste, par téléphone ou sur Internet.	Jusqu'à 60 consultations par année d'assurance remboursées à 100 %*
INFIRMIÈRES QUALIFIÉES Coûts des soins infirmiers tels que les injections ou les pansements effectués par une infirmière qualifiée .	
SANTÉ MENTALE Honoraires de consultation de psychiatres, psychologues et psychothérapeutes pour : ◦ recevoir ou préparer un traitement ◦ recevoir des traitements pré et post-hospitaliers, ou ◦ diagnostiquer votre maladie	
KINÉSITHÉRAPEUTES, OSTÉOPATHES ET CHIROPRACTIENS Consultations et traitements chez des kinésithérapeutes, ostéopathes, chiropraticiens pour des thérapies physiques ayant pour but de rétablir vos fonctions physiques normales.	
ERGOTHÉRAPEUTE ET ORTHOPTISTE Consultations et traitements auprès d'ergothérapeutes ou d'orthoptistes. Remarque : L'ergothérapie pour les problèmes de développement, y compris les déficits sensoriels, n'est pas couverte.	
PODOLOGIE Traitement chez un podologue, orthopédiste spécialisé ou pédicure. Les traitements pour les cors, callosités et ongles déformés et épaissis sont couverts <u>seulement</u> si vous avez le diabète.	
THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES : ACUPUNCTURE ET RÉFLEXOLOGIE Les consultations et traitements chez un acupuncteur ou un réflexologue, quand les praticiens sont suffisamment qualifiés et sont enregistrés dans le pays où le traitement est dispensé. Remarque : les traitements dispensés ou effectués à une date séparée d'une consultation seront considérés comme une consultation séparée. Nous prenons en charge <u>seulement</u> ces thérapies complémentaires et celles ci-dessous.	

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES : HOMÉOPATHIE, NATUROPATHIE ET MÉDECINE CHINOISE Les consultations et traitements chez un homéopathe, naturopathe ou praticien de médecine chinoise, si les praticiens sont suffisamment qualifiés et sont enregistrés dans le pays où le traitement est dispensé. Remarque : un traitement complémentaire dispensé ou effectué à une date séparée d'une consultation sera considéré comme une consultation séparée. Nous prenons en charge <u>seulement</u> les médicaments et thérapies complémentaires ci-dessus. Des exclusions s'appliquent à certains médicaments chinois, comme indiqué dans la section Exclusions générales.	Jusqu'à 20 visites par année d'assurance
MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE ET PANSEMENTS SUR ORDONNANCE Médicaments et pansements prescrits par votre médecin, qui sont nécessaires pour soigner une maladie ou une blessure. Remarque : ces prestations n'incluent pas les coûts des médicaments prescrits ou administrés, car ils sont pris en charge dans le cadre des prestations ci-dessus.	Jusqu'à 4 000 GBP, 5 000 EUR ou 6 800 USD par année d'assurance Une fois que cette limite est atteinte, 50 % des coûts supplémentaires
ÉQUIPEMENT MÉDICAL DURABLE Équipement médical durable qui : ◦ peut être réutilisé ◦ n'est pas jetable ◦ est utilisé dans un but médical ◦ n'est pas utilisé en l'absence de maladie ni de blessure et ◦ et peut être utilisé à la maison Par exemple les appareils de fourniture d'oxygène et les fauteuils roulants.	
CONSEILS DIÉTÉTIQUES Nous remboursons les consultations avec un diététicien, nécessaires pour un conseil diététique lié à une raison médicale.	Jusqu'à 4 visites par année d'assurance
TRAITEMENT PRÉVENTIF	
DÉPISTAGE MÉDICAL ET BIEN-ÊTRE (DÉLAI D'ATTENTE DE 10 MOIS) Si vous êtes couvert par ce plan santé depuis au moins 10 mois : Un dépistage médical inclut généralement divers examens courants effectués afin d'évaluer votre état de santé, par exemple des examens pour vérifier votre taux de cholestérol et de sucre sanguin (glucose), le fonctionnement de votre foie et de vos reins, un examen de tension artérielle et une évaluation de risque cardiaque. Vous pouvez aussi passer des tests de dépistage pour les cancers du sein, du col de l'utérus, de la prostate, colorectal, de la peau, et la densitométrie osseuse. Les examens qui vous seront proposés dépendront de ceux dispensés par le prestataire de service chez lequel vous les passerez.	Jusqu'à 1 000 GBP, 1 250 EUR ou 1 700 USD par année d'assurance
VACCINATIONS Les vaccinations suivantes sont couvertes : ◦ vaccinations recommandées par le programme national de vaccination des enfants de votre pays de résidence ◦ vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) pour protéger contre le cancer du col de l'utérus ◦ vaccination contre la grippe (saisonnière) ◦ vaccinations de voyage ◦ traitements antipaludéens ◦ vaccinations pneumocoques	Jusqu'à 1 000 GBP, 1 250 EUR ou 1 700 USD par année d'assurance

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE Un examen ophtalmologique par année d'assurance, y compris le coût de votre consultation et de vos examens de vue.	1 examen remboursé à 100 % par année d'assurance
SOINS DENTAIRES ET PROTHÈSE AUDITIVE/OPTIQUE	
SOINS DENTAIRES	Remboursé à 100 % 2 visites par année d'assurance
SOINS DENTAIRES PRÉVENTIFS (DÉLAI D'ATTENTE DE 6 MOIS) Si vous êtes couvert par ce plan santé depuis au moins 6 mois : ◦ bilans de santé/examens ◦ radiographie/radiographie dentaire/vision simple/orthopantomogramme (OPG) ◦ détartrage et polissage/détartrage ◦ protège-gencives/protège-dents Le traitement doit être dispensé par un dentiste.	
SOINS DENTAIRES LIÉS À UN ACCIDENT Nous remboursons les soins dentaires liés à un accident administrés par un dentiste lors d'une visite d'urgence suite à des dommages accidentels subis par n'importe quelle dent. Tant que vous n'avez pas été couvert par le présent plan de santé pendant au moins 6 mois, nous remboursons seulement les soins dentaires liés à un accident effectués au maximum 30 jours après l'accident. Le traitement doit être dispensé par un dentiste.	
SOINS DENTAIRES COURANTS (DÉLAI D'ATTENTE DE 6 MOIS) Si vous êtes couvert par ce plan santé depuis au moins 6 mois : ◦ plombage/amalgame ◦ traitement de canal radiculaire ◦ radiographie ◦ extraction dentaire ◦ anesthésie Le traitement doit être dispensé par un dentiste.	
RESTAURATIONS IMPORTANTES (DÉLAI D'ATTENTE DE 6 MOIS) Si vous êtes couvert par ce plan santé depuis au moins 6 mois : ◦ bridges ◦ couronnes ◦ implants dentaires ◦ prothèses dentaires Le traitement doit être dispensé par un dentiste.	

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
ORTHODONTIE (DÉLAI D'ATTENTE DE 12 MOIS) Si vous êtes couvert(e) par ce plan santé depuis au moins 12 mois, traitements orthodontiques jusqu'à l'âge de 19 ans : ◦ bilans de santé et contrôles mensuels ◦ retrait de dents de lait ◦ planification de traitement ◦ empreintes de gencives ◦ extractions ◦ anesthésie ◦ radiographies y compris vision simple/radiographie dentaire/périapicales (racines)/ensemble de la mâchoire/orthopantomogramme(OPG) et céphalométriques (CEPH) ◦ photographie numérique et ◦ appareils orthodontiques Le traitement doit être dispensé par un dentiste.	
AIDES AUDITIVES/OPTIQUE	
AIDES AUDITIVES Coûts des aides auditives prescrites par ordonnance.	
LUNETTES DE VUE, VERRES ET LENTILLES DE CONTACT Verres de lunettes de vue et lentilles de contact prescrites pour corriger les problèmes de vue tels que la myopie et l'hypermétropie.	
HOSPITALISATION : POUR TOUS LES COÛTS DE TRAITEMENT AVEC HOSPITALISATION ET POUR PATIENT EN HOSPITALISATION DE JOUR	
HÉBERGEMENT, CHAMBRES ET PENSIONS HOSPITALIERS Quand : ◦ il y a une nécessité médicale d'être hospitalisé ◦ le traitement est administré ou géré par un spécialiste, et ◦ la longueur de votre hospitalisation est justifiée sur le plan médical Nous ne remboursons pas les coûts supplémentaires pour les chambres/suites luxes, exécutives ou VIP. Si le coût du traitement est lié au type de chambre, nous prenons en charge le coût du traitement au tarif qui serait facturé si vous occupiez un type de chambre correspondant à votre niveau de couverture. Pour les séjours hospitaliers d'au moins 5 nuits, vous ou votre spécialiste devez nous envoyer un rapport médical avant la cinquième nuit, afin de confirmer votre diagnostic, le traitement déjà donné, le traitement prévu et la date de sortie. De plus, nous paierons jusqu'à 10 GBP/13 EUR/17 USD par jour pour les dépenses personnelles telles que les journaux, la location d'un téléviseur et les repas de visiteurs si vous devez passer la nuit à l'hôpital.	Chambre privée standard remboursée à 100 %
HÉBERGEMENT DES PARENTS À L'HÔPITAL Coûts de la chambre et de la pension pour un parent séjournant à l'hôpital avec son enfant, pour un seul parent, pour accompagner un enfant de 18 ans maximum et si l'enfant est assuré et reçoit un traitement couvert.	Remboursé à 100 %

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
SALLE D'OPÉRATION, MÉDICAMENTS ET PANSEMENTS CHIRURGICAUX Coûts : ◦ salle d'opération ◦ salle de réveil ◦ médicaments et pansements utilisés dans la salle d'opération ou de réveil ◦ médicaments et pansements utilisés durant votre hospitalisation	Remboursé à 100 %
SOINS INTENSIFS Coûts du traitement dans une unité de soins intensifs lorsque nécessaire sur le plan médical ou pour une partie essentielle d'un traitement.	Remboursé à 100 %
CHIRURGIE, Y COMPRIS LES HONORAIRES DU CHIRURGIEN ET DE L'ANESTHÉSISTE Chirurgie, y compris les honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste, ainsi que le traitement nécessaire immédiatement avant et après la chirurgie le jour même.	Remboursé à 100 %
HONORAIRES DES CONSULTATIONS DE SPÉCIALISTES Si vous avez besoin d'un traitement médical durant votre hospitalisation.	Remboursé à 100 %
PATHOLOGIE, RADIOLOGIE ET TESTS DE DIAGNOSTIC : ◦ examens tels que les prises de sang ◦ radiologie tels que les échographies ou les radiographies ◦ des tests diagnostic tels que les électrocardiogrammes (ECG) s'ils sont recommandés par votre spécialiste afin de permettre de diagnostiquer ou d'évaluer votre état de santé pendant que vous êtes à l'hôpital.	Remboursé à 100 %
SANTÉ MENTALE Traitement de santé mentale nécessaire sur le plan médical, en tant que patient en hospitalisation de jour ou avec hospitalisation, y compris la chambre, la pension et tous les coûts de traitement liés à l'état de santé mentale. Tout traitement de santé mentale avec hospitalisation ou hospitalisation de jour pendant au moins 5 jours nécessitera une autorisation préalable. Certaines prestations peuvent ne pas être payées sans autorisation préalable.	Remboursé à 100 %
KINÉSITHÉRAPEUTES, ERGOTHÉRAPEUTES, ORTHOPHONISTES ET DIÉTÉTICIENS Traitement dispensé par des thérapeutes (tels que des ergothérapeutes), des kinésithérapeutes, des diététiciens ou des orthophonistes s'il est nécessaire dans le cadre de votre traitement à l'hôpital, ce qui signifie qu'il n'est pas la seule raison de votre hospitalisation.	Remboursé à 100 %

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ (DÉLAI D'ATTENTE DE 24 MOIS) Une fois que vous avez été couvert par ce plan santé pendant 24 mois, nous pouvons éventuellement rembourser, selon les critères de la police d'assurance médicale de Bupa Global, une chirurgie bariatrique : ◦ si votre indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 40 et si vous avez reçu un diagnostic d'obésité morbide ◦ si vous pouvez prouver que vous avez essayé d'autres méthodes pour perdre du poids au cours des 24 mois précédents, et ◦ si vous avez fait l'objet d'une évaluation psychologique qui a confirmé que vous pouvez subir cette intervention La technique de chirurgie bariatrique doit être évaluée par nos équipes médicales et dépend des critères de police d'assurance médicale de Bupa Global. Dans certains cas, vous pouvez avoir droit à une opération de chirurgie de l'obésité si votre IMC se situe entre 35 et 40 et vous avez un problème de santé grave lié au poids, tel que le diabète de type 2. La décision de couverture de Bupa Global reviendra entièrement à nos équipes médicales. Demandez-nous une autorisation préalable avant de suivre ce traitement. Certaines prestations peuvent ne pas être payées sans autorisation préalable.	Remboursé à 100 %
CHIRURGIE PROPHYLACTIQUE Nous pouvons éventuellement rembourser, par exemple, une mastectomie, conformément aux critères de police d'assurance médicale de Bupa Global en cas d'antécédents familiaux importants et/ou si vous avez reçu un résultat positif à un test génétique. Demandez-nous une autorisation préalable avant de suivre ce traitement.	Remboursé à 100 %
PROTHÈSES La prothèse initiale nécessaire dans le cadre de votre traitement. Nous voulons parler d'une partie de corps artificielle externe, telle qu'un membre artificiel ou une oreille artificielle, nécessaire au moment de votre intervention chirurgicale. Nous ne prenons pas en charge les prothèses de remplacement pour les adultes, y compris toute prothèse de remplacement nécessaire liée à un antécédent médical. Nous prenons en charge la prothèse initiale et jusqu'à deux remplacements par prothèse pour les enfants de moins de 18 ans.	Par prothèse jusqu'à 4 000 GBP, 5 000 EUR ou 6 800 USD

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
IMPLANTS (PROTHÉTIQUES) ET PRODUITS AUXILIAIRES Les implants (prothétique) et produits auxiliaires couverts figurant dans les listes suivantes. Implants : ◦ pour remplacer une articulation ou un ligament ◦ pour remplacer une valve cardiaque ◦ pour remplacer une aorte ou un vaisseau sanguin artériel ◦ pour remplacer un muscle de sphincter ◦ pour remplacer le cristallin ou la cornée ◦ pour contrôler l'incontinence urinaire ou la vessie ◦ pour servir de pacemaker (un défibrillateur cardiaque interne peut être remboursé selon les critères de l'assurance médicale de Bupa Global. Veuillez nous contacter pour une autorisation préalable) ◦ pour retirer un excès de liquide dans le cerveau ◦ implant cochléaire : à condition que l'implant initial ait été posé lorsque vous aviez moins de cinq ans, nous rembourserons les frais d'entretien et de remplacement. ◦ pour restaurer la fonction vocale suite à une chirurgie liée à un cancer Produits auxiliaires : ◦ une attelle de genou qui est une partie essentielle d'une opération chirurgicale pour réparer un ligament croisé (genou) ◦ une prothèse vertébrale qui est une partie essentielle d'une chirurgie sur la colonne vertébrale ◦ une fixation externe pour, par exemple, une fracture ouverte ou suite à une chirurgie de la tête ou du cou	Remboursé à 100 %
CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE Traitement pour restaurer votre apparence après une maladie, une blessure ou une chirurgie. Nous prendrons éventuellement en charge des opérations si la maladie, la blessure, la chirurgie d'origine et l'intervention de chirurgie reconstructive ont lieu pendant la durée de validité de votre couverture continue. Demandez-nous une autorisation préalable avant de subir toute intervention de chirurgie reconstructive. Certaines prestations peuvent ne pas être payées sans autorisation préalable.	Remboursé à 100 %
SOINS DENTAIRES LIÉS À UN ACCIDENT Nous remboursons les soins dentaires nécessaires effectués dans un hôpital après un accident grave.	Remboursé à 100 %
HOSPICE ET RÉÉDUCATION	
SOINS À DOMICILE Suite à votre hospitalisation, les soins à domicile sont couverts par ce plan santé quand : ◦ ils sont prescrits par votre spécialiste ◦ ils commencent dès votre sortie de l'hôpital ◦ ils réduisent la longueur de votre hospitalisation ◦ ils sont dispensés par une infirmière qualifiée à votre domicile, et ◦ ils sont nécessaires d'un point de vue médical, et non pas personnel Demandez-nous une autorisation préalable avant de suivre ce traitement. Les prestations peuvent ne pas être remboursées sans autorisation préalable.	Remboursé à 100 % jusqu'à 30 jours par année d'assurance

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
HOSPICE ET SOINS PALLIATIFS L'hospice et les services de soins palliatifs sont pris en charge si vous avez reçu un diagnostic d'incurabilité et ne pouvez plus recevoir de traitement qui permettrait votre rétablissement : ◦ hébergement en hôpital ou en hospice ◦ soins infirmiers ◦ médicaments sur ordonnance ◦ soins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels	Jusqu'à 25 000 GBP, 31 000 EUR ou 42 000 USD par durée de vie
RÉÉDUCATION (RÉÉDUCATION PLURIDISCIPLINAIRE) Nous remboursons la rééducation, y compris la chambre, la pension et diverses thérapies telles que la kinésithérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie après des événements tels qu'un AVC. Nous ne remboursons pas la chambre et la pension liés à la rééducation quand le seul traitement donné est la kinésithérapie. Nous remboursons la rééducation seulement si vous avez reçu une autorisation préalable de notre part avant le début du traitement, pendant jusqu'à 60 jours de traitement par année d'assurance. Pour les hospitalisations, un jour correspond à une nuit sur place et, en tant que patient en hospitalisation de jour ou pour les traitements ambulatoires, un jour correspond à n'importe quel jour durant lequel vous avez un ou plusieurs rendez-vous de rééducation. Nous ne prenons en charge les soins de rééducation multidisciplinaires seulement : ◦ s'ils commencent dans les 6 semaines qui suivent la fin de hospitalisation pour un problème de santé couvert par votre plan santé (ex. traumatisme ou AVC), et ◦ s'ils sont nécessaires en raison d'un problème médical qui a nécessité une hospitalisation ou un traitement correspondant à ce problème de santé Remarque : pour que nous accordions une autorisation préalable, votre spécialiste doit nous envoyer la totalité des informations cliniques, y compris votre diagnostic, les traitements administrés et planifiés, ainsi que votre date de sortie si vous avez été hospitalisé pour recevoir la rééducation.	Remboursé à 100 % jusqu'à 60 jours par année d'assurance
SOINS EN HÔPITAL ET/OU AMBULATOIRES	
IMAGERIE AVANCÉE Par exemple : ◦ imagerie par résonance magnétique (IRM) ◦ tomodensitométrie (TDM) ◦ tomographie par émission de positons (TEP) recommandés par votre spécialiste pour faciliter le diagnostic ou l'évaluation de votre état de santé.	Remboursé à 100 %
TRAITEMENT CONTRE LE CANCER Une fois diagnostiqué, y compris les frais liés spécifiquement à la planification et à l'application du traitement contre le cancer. Cela inclut les examens, imageries de diagnostic, consultations et médicaments sur ordonnance. Demandez-nous une autorisation préalable avant de suivre ce traitement. Certaines prestations peuvent ne pas être payées sans autorisation préalable. Si votre traitement comprend des médicaments de thérapie innovante (MTI), celui-ci sera payé à partir de la prestation MTI.	Remboursé à 100 %

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
MÉDICAMENTS DE THÉRAPIE INNOVANTE (MTI) Nous remboursons un traitement MTI dans les cas suivants : ◦ s'il est administré par un spécialiste dans le pays dans lequel vous le recevez, et ; ◦ s'il est approuvé par l'autorité de délivrance dans le pays dans lequel vous le recevez, pour l'état, le niveau de maladie et le niveau de traitement que vous avez, et ; ◦ s'il est approuvé par un spécialiste indépendant nommé par Bupa Global qui confirme que : ◦ il est médicalement approprié, conformément à la pratique établie, ou ◦ il est fourni dans le cadre d'une étude enregistrée et approuvée sur le plan éthique (dans ce cas, nous n'appliquerons pas l'exclusion « traitement expérimental ou non prouvé »). Demandez-nous une autorisation préalable avant de suivre ce traitement.	Remboursé en totalité, un traitement pour chaque maladie par durée de vie
SERVICES DE TRANSPLANTATION Tous les frais médicaux, y compris les consultations auprès d'un généraliste ou d'un spécialiste et les traitements médicaux, qu'ils soient en tant que patient en hospitalisation de jour ou ambulatoires, pour les transplantations suivantes, si l'organe provient d'un parent ou d'une source agréée et vérifiée : ◦ cornée ◦ intestin grêle ◦ rein ◦ rein/pancréas ◦ foie ◦ cœur ◦ poumon, ou ◦ transplantation de cœur/poumon Les frais des médicaments anti-rejet et les frais médicaux pour les greffes de moelle et les transplantations de cellules souches périphériques, avec ou sans chimiothérapie à haute dose contre le cancer, sont couverts par la prestation de traitement contre le cancer. Les dépenses encourues par les donneurs, pour chaque problème médical nécessitant une transplantation, que le donneur soit assuré ou non, y compris : ◦ le prélèvement de l'organe, sur un donneur vivant ou décédé ◦ tous les tarifs liés à la compatibilité des tissus ◦ coûts d'hospitalisation/opération du donneur, et ◦ toutes les complications du donneur, pendant un maximum de 30 jours après l'intervention uniquement	Chaque problème de santé jusqu'à 600 000 GBP, 750 000 EUR ou 1 020 000 USD
DIALYSE RÉNALE Administrée durant une hospitalisation ou en tant que patient en hospitalisation de jour ou ambulatoire.	Remboursé à 100 %

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
TRAITEMENT DE LA DYSPHORIE DE GENRE OU LIÉE À CELLE-CI Cette prestation est versée en lieu et place de toute autre prestation pour tout traitement hormonal et chirurgical de la dysphorie de genre ou lié à celle-ci. Tout traitement de santé mentale pour ou lié à la dysphorie de genre est payé à partir de la prestation de santé mentale dans les limites qui s'appliquent à la prestation de santé mentale. Tout traitement au titre de cette prestation doit être autorisé au préalable. Veuillez vous référer à la section « Vos exclusions ».	De femme à homme (FtM) - effectué par les hommes transgenres et les personnes non binaires AFAB (assignées à la naissance) Jusqu'à 61 000 GBP 104 000 USD 76 000 EUR par année d'adhésion De homme à femme (MtF) - effectué par les femmes transgenres et les personnes non binaires AMAB (assignées à la naissance) Jusqu'à 61 000 GBP 104 000 USD 76 000 EUR par année d'adhésion
MATERNITÉ/ACCOUCHEMENT (DÉLAI D'ATTENTE DE 10 MOIS) :	
Grossesse et accouchement si la mère est couverte par ce plan santé depuis au moins 10 mois, y compris les complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Les traitements pour des problèmes de santé tels que les môles hydatiformes et les grossesses ectopiques, et autres problèmes liés à la grossesse ou à l'accouchement qui peuvent également survenir chez des personnes non enceintes ne sont pas couverts par les prestations relatives à la maternité/l'accouchement, mais seront couverts par vos autres prestations, par exemple les prestations relatives aux hospitalisations et aux hospitalisations de jour.	
ACCOUCHEMENT NORMAL/MAISON DE NAISSANCE/ACCOUCHEMENT À DOMICILE (DÉLAI D'ATTENTE DE 10 MOIS) : Si vous êtes couvert par ce plan santé depuis au moins 10 mois : Traitement lié à la maternité et accouchement, y compris : - les frais hospitaliers, les honoraires des obstétriciens et des sages-femmes pour les accouchements normaux - les soins post-nataux nécessaires pour la mère suite à un accouchement normal, par exemple les points de suture - soins courants des nouveau-nés pendant 7 jours au plus	Jusqu'à 10 000 GBP, 12 500 EUR ou 17 000 USD par année d'assurance
CÉSARIENNE (DÉLAI D'ATTENTE DE 10 MOIS) Si vous êtes couvert par ce plan santé depuis au moins 10 mois : Les frais hospitaliers, honoraires d'obstétriciens et autres frais médicaux liés à l'accouchement de votre bébé par césarienne, si une césarienne est essentielle d'un point de vue médical, par exemple en cas de non-progression pendant l'accouchement (dystocie, souffrance fœtale, hémorragie, etc.). Remarque : si vous n'apportez pas la preuve que votre césarienne était essentielle d'un point de vue médical, elle sera prise en charge dans la limite de vos prestations maternité et accouchement.	Jusqu'à 20 000 GBP, 25 000 EUR ou 34 000 USD par année d'assurance
TRAITEMENT PRÉ-NATAL ET POST-NATAL (DÉLAI D'ATTENTE DE 10 MOIS) Si vous êtes couvert par ce plan santé depuis au moins 10 mois : Les soins et traitements liés à la maternité, avant et après la naissance.	Remboursé à 100 %

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
COMPLICATIONS LIÉES À LA MATERNITÉ ET À L'ACCOUCHEMENT Si vous êtes couvert par ce plan santé depuis au moins 10 mois : Traitement nécessaire sur le plan médical en conséquence directe de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Par complications, nous voulons parler des problèmes de santé qui surviennent seulement comme suite directe de la grossesse ou de l'accouchement, par exemple la pré-éclampsie, les risques de fausse couche, le diabète gestationnel ou la mortinatalité. Ces prestations dépendent des critères de l'assurance médicale de Bupa Global. Dans la mesure du possible,veuillez nous contacter pour faire une demande d'autorisation préalable. Si vous avez besoin d'une admission d'urgence comme suite directe de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, contactez-nous dans les 48 heures qui suivent votre admission à l'hôpital.	Remboursé à 100 %
TRANSPORTS/DÉPLACEMENTS	
Les prestations sur l'évacuation vous couvrent pour les coûts de transport raisonnables jusqu'au lieu de traitement approprié le plus proche, si le traitement dont vous avez besoin n'est pas disponible à proximité. Les prestations sur le rapatriement vous donnent la possibilité supplémentaire de retourner dans votre pays de résidence spécifié ou dans le pays de votre nationalité spécifié, afin d'être soigné dans un contexte familial, si le traitement dont vous avez besoin n'est pas disponible à proximité. Pour tous les transferts médicaux, qu'il s'agisse d'une évacuation ou d'un rapatriement : vous devez nous contacter pour faire une demande d'autorisation préalable avant tout déplacement - le traitement doit être recommandé par votre spécialiste ou médecin - le traitement n'est pas disponible localement - le traitement doit être couvert par votre plan santé nous devons prendre les dispositions nécessaires avec vous, et - les prestations s'appliquent aux traitements hospitaliers, soit avec hospitalisation soit en tant que patient en hospitalisation de jour L'évacuation peut également être autorisée si vous avez besoin d'imagerie avancée ou de traitement contre le cancer, par exemple la radiothérapie ou la chimiothérapie. Nous prenons en charge seulement les dispositions préalablement acceptées et approuvées par Bupa Global. Si vous vous occupez vous-même de vos déplacements dans le cadre de votre plan santé, nous prendrons en charge vos dépenses dans la limite des coûts encourus si nous nous étions occupés de vos déplacements. Remarque : nous ne rembourserons aucune nuit supplémentaire à l'hôpital si vous ne recevez plus le traitement actif qui nécessite votre hospitalisation, par exemple si vous attendez le jour de votre vol de retour. Nous n'autoriserons pas de transfert qui, selon nous, n'est pas justifié par une pratique clinique ou médicale et nous avons le droit d'évaluer votre cas, si nous en avons la possibilité. L'évacuation et le rapatriement ne seront pas autorisés s'ils sont contraires à l'opinion de l'équipe médicale de Bupa Global. nous n'organiserons pas l'évacuation ou le rapatriement dans les cas où la situation locale, y compris la géographie, rend impossible, déraisonnablement dangereux ou peu pratique l'accès à la zone, par exemple depuis une plate-forme pétrolière ou dans une zone de guerre. Ce type d'intervention dépend de la disponibilité des ressources locales et/ou internationales et doit rester dans les limites des lois et réglementations nationales et internationales. Les interventions peuvent dépendre de l'obtention d'autorisations nécessaires émises par les diverses autorités concernées, ce qui ne relève pas du contrôle ni de l'influence de Bupa Global ni de nos partenaires de service. Nous ne pouvons pas être tenus responsables des retards ou restrictions éventuels de transport dus à la météo, à des problèmes mécaniques, à des restrictions imposées par les autorités publiques ou par le pilote, ni par aucune autre situation hors de notre contrôle. Bupa Global n'est pas le prestataire des services de transport ni des autres services indiqués dans l'article transports/déplacements, mais pourra s'occuper de ces services en votre nom. Dans certains pays, nous pouvons utiliser des partenaires de service pour s'occuper de ces services localement, mais Bupa Global sera toujours là pour vous aider.	

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
ÉVACUATION Les coûts de transport en cas d'évacuation : ◦ jusqu'au lieu approprié le plus proche où le traitement nécessaire est disponible. (Cela pourrait être vers une autre partie du pays dans lequel vous êtes ou un autre pays), et ◦ pour le trajet de retour vers le lieu depuis lequel vous avez été transféré Lorsque nous en avons accordé l'autorisation préalable. Les coûts que nous rembourserons pour le trajet de retour seront : ◦ le coût raisonnable du trajet de retour par voie terrestre ou maritime, ou ◦ le coût d'un billet d'avion en classe économie, en fonction du trajet le moins cher Nous ne prenons en charge aucun autre coût lié à l'évacuation, tel que les frais de voyage ou d'hébergement. Dans certains cas, il peut être plus pratique pour vous de vous rendre à l'aéroport par taxi que par un autre moyen de transport, par exemple par ambulance. Dans ces cas-là, sur autorisation préalable, nous rembourserons vos frais de taxi.	Remboursé à 100 %
RAPATRIEMENT Les coûts de transport en cas de rapatriement : ◦ vers le pays correspondant à votre nationalité, indiqué sur votre formulaire de demande de souscription, ou votre pays de résidence spécifié, et ◦ le trajet de retour vers le lieu duquel vous avez été transféré(e) si : ◦ Bupa Global en a accordé l'autorisation préalable, et Les coûts que nous rembourserons pour le trajet de retour seront : ◦ le coût raisonnable du trajet de retour par voie terrestre ou maritime, ou ◦ le coût d'un billet d'avion en classe économie, en fonction du trajet le moins cher Nous ne prenons en charge aucun autre coût lié au rapatriement, tel que les frais de voyage ou d'hébergement. Dans certains cas, il peut être plus pratique pour vous de vous rendre à l'aéroport par taxi que par un autre moyen de transport, par exemple par ambulance. Dans ces cas-là, sur autorisation préalable, nous rembourserons vos frais de taxi. Dans certains cas, vous pouvez demander un rapatriement médical quand vous contactez Bupa Global pour demander une autorisation, mais cela peut ne pas être approprié sur le plan médical. Dans ces cas-là, nous commencerons par vous faire évacuer jusqu'au lieu approprié le plus proche où le traitement est disponible. Une fois que votre état de santé a été stabilisé, nous pouvons vous rapatrier vers le pays correspondant à votre nationalité spécifié ou vers votre pays de résidence spécifié.	Remboursé à 100 %

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
FRAIS DE DÉPLACEMENT POUR UN ACCOMPAGNATEUR Les frais de voyage raisonnables pour un parent proche (conjoint/partenaire, père, mère, fils, fille, frère ou sœur) pour vous accompagner s'il est nécessaire, dans la limite du raisonnable, que vous soyez accompagné. Par « nécessaire, dans la limite du raisonnable », nous voulons dire que vous avez besoin que quelqu'un vous accompagne pour l'une des raisons suivantes : ◦ vous avez besoin d'aide pour monter à bord du moyen de transport et en descendre ◦ vous avez besoin d'être transféré sur une longue distance (plus de 1 000 miles/1 600 km) ◦ il n'y a pas d'escorte médicale ◦ en cas de maladie aiguë grave L'accompagnateur peut faire le trajet dans une classe différente de celle de la personne qui reçoit le traitement, selon les besoins médicaux. Les frais de voyage raisonnables pour le trajet de retour vers le lieu depuis lequel vous avez été transféré(e) quand Bupa Global en a accordé l'autorisation préalable. Les coûts que nous rembourserons pour le trajet de retour seront : ◦ le coût raisonnable du trajet de retour par voie terrestre ou maritime, ou ◦ le coût d'un billet d'avion en fonction du coût le moins onéreux Nous ne prendrons pas en charge les frais de déplacement de la personne qui vous accompagne quand l'évacuation a pour but de vous permettre de suivre un traitement ambulatoire.	Remboursé à 100 %
FRAIS DE DÉPLACEMENT POUR LE TRANSFERT DES ENFANTS Les frais de voyage raisonnables pour les enfants à transférer avec vous en cas d'évacuation ou de rapatriement, à condition qu'ils aient moins de 18 ans quand : ◦ il est nécessaire sur le plan médical de vous évacuer ou rapatrier en tant que parent ou tuteur ◦ votre conjoint, partenaire ou autre tuteur commun vous accompagne, et ◦ vos enfants resteraient sans parent ni tuteur	Remboursé à 100 %
LES COÛTS DE TRANSPORT D'UN VISITEUR POUR RAISONS PERSONNELLES ET LES ALLOCATIONS DE SUBSISTANCE D'UN VISITEUR POUR RAISONS PERSONNELLES Les frais de voyage en classe économie pour un parent proche (conjoint/partenaire, père, mère, fils, fille, frère ou sœur) qui est dans un autre pays pour aller vous voir si vous avez un accident ou une maladie soudaine et allez être hospitalisé au moins cinq jours ou avez reçu un pronostic terminal à court terme. Cela comprend le tarif du trajet de retour de votre parent en classe économie jusqu'à son pays d'origine. Ces prestations sont prises en charge seulement sur autorisation préalable de Bupa Global. Pour : ◦ un maximum de cinq trajets par durée de vie ◦ seulement sur autorisation préalable de Bupa Global Les frais de subsistance pour votre parent : ◦ seulement suite à une visite couverte pour raisons personnelles, et ◦ pendant 10 jours au plus, durant son absence du pays de résidence spécifié habituel Ces prestations ne sont pas remboursées en cas d'évacuation ou de rapatriement. En cas d'évacuation ou de rapatriement durant une visite pour raisons personnelles, aucune autre prestation décrite dans la section des prestations « Frais de déplacement pour un accompagnateur », « Frais de déplacement pour le transfert des enfants » ou « Allocations de subsistance » ne sera remboursée.	Visite et retour : Jusqu'à 5 trajets par durée de vie 1 000 GBP, 1 250 EUR, 1 700 USD par allocations de subsistance pendant la visite : 10 jours par année d'assurance jusqu'à 100 GBP, 120 EUR ou 170 USD par jour

PRESTATION ET EXPLICATION	LIMITES
ALLOCATIONS DE SUBSISTANCE Les frais de subsistance pour un parent proche (conjoint/partenaire, père, mère, fils, fille, frère ou sœur) autorisé à voyager avec vous : ◦ suite à une évacuation, et ◦ pour une durée de 10 jours au maximum, ou pour la date de votre sortie de l'hôpital si celle-ci est antérieure, lorsqu'ils se trouvent hors de leur pays de résidence habituel et spécifié Nous ne rembourserons pas les frais de déplacement de la personne qui vous accompagne quand l'évacuation a seulement pour but de suivre un traitement ambulatoire.	10 jours par année d'assurance jusqu'à 100 GBP, 120 EUR ou 170 USD par jour
AMBULANCE AÉRIENNE LOCALE : ◦ entre le lieu de l'accident et un hôpital, ou ◦ pour un transfert entre deux hôpitaux Si l'ambulance aérienne locale est : ◦ nécessaire sur le plan médical ◦ utilisée pour de courtes distances, jusqu'à 100 miles/160 km, et ◦ liée au traitement couvert que vous devez recevoir dans un hôpital Une ambulance aérienne locale peut ne pas être disponible si le contexte local rend l'accès impossible, inutilement dangereux ou s'il est difficile d'entrer dans la zone, par exemple sur une plateforme pétrolière ou dans une zone de guerre. Nous ne prenons pas en charge les frais de sauvetage en montagne.	Remboursé à 100 %
AMBULANCE TERRESTRE LOCALE : ◦ entre le lieu de l'accident et un hôpital ◦ pour un transfert entre deux hôpitaux, ou ◦ entre votre domicile et l'hôpital Si l'ambulance terrestre locale est : ◦ nécessaire sur le plan médical, et ◦ liée au traitement couvert que vous devez recevoir dans un hôpital	
RAPATRIEMENT DES DÉPOUILLES MORTELLES Dans une limite raisonnable, les frais de transport de votre corps ou de vos dépouilles mortelles incinérées, vers votre pays d'origine ou votre pays de résidence permanente spécifié : ◦ au cas où vous décéderiez pendant que vous êtes en déplacement, et ◦ conformément aux exigences et restrictions des compagnies aériennes Nous ne prenons en charge que les dispositions obligatoires, telles que la crémation et une urne ou un embaumement et un cercueil en zinc, si les autorités de l'aviation civile l'exigent pour effectuer le transport. Nous ne prenons en charge aucun autre coût lié à l'enterrement ou la crémation, le coût du cercueil, ni les frais de transport d'une personne allant chercher ou accompagnant vos dépouilles mortelles.	

VOS EXCLUSIONS

Dans la section « Exclusions générales » ci-dessous, **nous** citons les **traitements**, problèmes de santé et situations spécifiques que **nous** ne prenons pas en charge dans le cadre de **votre plan santé**. En plus de ces exclusions générales, certaines exclusions ou restrictions personnelles peuvent s'appliquer à **votre plan santé**, comme indiqué sur **votre** certificat d'assurance.

Êtes-vous couvert(e) pour des antécédents médicaux ?

Lorsque **vous** avez souscrit à **votre plan santé**, il **vous** a été demandé de fournir toutes les informations concernant toute maladie, tout malaise ou toute blessure pour lesquels **vous** avez reçu des médicaments, des conseils ou un **traitement**, ou dont **vous** avez ressenti les symptômes avant de devenir client ; **nous** appelons cela les **antécédents médicaux**.

Notre équipe médicale a examiné **votre** dossier médical pour décider des conditions auxquelles **nous vous** avons proposé **votre plan santé**. **Nous vous** avons peut-être proposé de couvrir **vos antécédents médicaux**, peut-être pour un montant supplémentaire, ou avons décidé d'exclure des **antécédents médicaux** spécifiques ou avons appliqué d'autres restrictions à **votre plan santé**. Si **nous** avons appliqué certaines exclusions ou restrictions personnelles à **votre plan santé**, elles seront indiquées sur **votre** certificat d'assurance. Cela signifie que **nous** ne couvrons pas les coûts des **traitements** pour les **antécédents médicaux**, les symptômes connexes ni aucun problème de santé résultant de ou lié à cet **antécédent médical**. De plus, **nous** ne couvrirons pas les **antécédents médicaux** que **vous** n'avez pas divulgués dans **votre** demande de souscription.

Si **nous** n'avons appliqué aucune exclusion ni restriction à **votre** certificat d'assurance, cela signifie que les **antécédents médicaux** que **vous nous** avez signalés dans **votre** demande de souscription sont couverts dans le cadre de **votre plan santé**.

Exclusions générales

Les exclusions de cette section s'appliquent également et parallèlement à toutes les exclusions et restrictions personnelles décrites ci-dessus.

Pour toutes les exclusions de cette section, et pour toutes les exclusions et restrictions personnelles indiquées dans **votre** certificat d'assurance, **nous** ne prenons pas en charge les problèmes de santé directement liés :

- à des problèmes de santé ou des **traitements** exclus
- à des coûts supplémentaires ou accrus dus à des problèmes médicaux ou des **traitements** exclus
- à des complications dues à des problèmes médicaux ou des **traitements** exclus

Nos assurances santé internationales ne sont pas des produits d'assurance américains et ne sont donc pas conçus pour répondre aux exigences du U.S. Patient Protection and Affordable Care Act (Affordable Care Act). **Nos** plans sont susceptibles de ne pas être qualifiés de couverture essentielle minimale ou de ne pas répondre aux exigences du mandat individuel aux fins de l'Affordable Care Act, et **nous** ne sommes pas en mesure de fournir des déclarations fiscales au nom des contribuables américains et des autres personnes qui peuvent y être nommées. Les dispositions du Affordable Care Act sont complexes et la soumission ou non de **votre** part ou de **vos personnes à charge** à ces exigences dépendra de plusieurs facteurs. Consultez un conseiller financier ou un fiscaliste professionnel indépendant qui **vous** conseillera. En ce qui concerne les clients dont la couverture est fournie en vertu d'un **plan santé** de groupe, adressez-**vous** à **votre** administrateur de **plan santé** pour plus d'informations.

Veuillez noter que, si **vous** choisissez de recevoir un **traitement** ou des services auprès d'un prestataire hors **réseau**, **nous** ne couvrirons que les coûts raisonnables et habituels. D'autres règles sont susceptibles de s'appliquer dans certains pays spécifiques pour ce qui est des **prestations couvertes** reçues par un **prestataire de service** « hors **réseau** ».

EXCLUSIONS GÉNÉRALES	
Frais administratifs et/ou frais d'inscription	Frais administratifs et/ou frais d'inscription (sauf si, à notre entière discrétion, dans une limite raisonnable, nous jugeons ces frais adéquats et habituels dans le pays concerné).
Paielements préalables/acomptes	Paielements préalables et/ou acomptes sur les coûts de toute prestation couverte .

Maintien artificiel de la vie	Nous ne prendrons pas en charge le maintien artificiel de la vie plus de 90 jours - notamment la ventilation mécanique, si ce traitement n'aboutit pas, et n'est pas prévu pour aboutir, à votre rétablissement ou à la restauration de votre état de santé précédent. Exemple : Nous ne prendrons pas en charge le maintien artificiel de la vie si vous êtes incapable de vous nourrir et de respirer de manière indépendante et avez besoin d'une gastronomie percutanée endoscopique (GPE) ou d'être nourri par sonde nasogastrique pendant plus de 90 jours.
Contrôle des naissances	Contraception, stérilisation, vasectomie, interruption de grossesse (IVG) (sauf en cas de danger pour la santé de la mère), planning familial, par exemple un rendez- vous chez votre médecin pour parler de contraception ou de comment devenir enceinte. Nous ne prendrons pas en charge les frais d'un test de grossesse ou d'un test HCG si celui-ci est effectué uniquement pour déterminer si vous êtes enceinte ou non.
Médecine chinoise	N'importe lequel des médicaments chinois traditionnels suivants : cordyceps ; ganoderma ; bois de cervidé ; cubilose ; gélatine de peau d'âne ; hippocampe ; ginseng ; ginseng rouge ; ginseng américain ; radix ginseng silvestris ; poudre de corne d'antilope ; placenta humain ; agaricus blazei murill ; musc ; poudre de perle ; corne de rhinocéros et substances provenant de l'éléphant d'Asie, de l'ours malais, du tigre ou d'autres espèces menacées d'extinction.
Conflit et catastrophe	Nous ne pouvons être tenus pour responsables pour toute demande de remboursement qui concerne, est due à ou résulte d'un traitement pour une maladie ou une blessure causée directement ou indirectement par votre propre mise en danger en entrant dans une zone de conflit connue (comme listée ci-dessous) et/ou si vous en avez été un participant actif ou que vous avez manifestement ignoré votre sécurité personnelle dans une zone de conflit connue : - contamination nucléaire ou chimique - guerre, invasion, actes d'ennemis étrangers - guerre civile, rébellion, révolution, insurrection - actes terroristes - coup d'état militaire ou usurpation du pouvoir - loi martiale - troubles civils, émeutes ou actes de toute autorité légalement constituée - hostilités, opérations du service militaire, naval ou aérien que la guerre ait été déclarée ou non
Convalescence et admission pour traitement qui pourrait avoir lieu comme un traitement ambulatoire court quotidien, des soins généraux ou une hospitalisation pour	- convalescence, gestion de la douleur, supervision ou - soins infirmiers généraux ou - services thérapeutes ou thérapeutes complémentaires ou - service d'aide à domicile/à la personne telle que l'aide à la toilette et à l'habillement
Traitement esthétique	La chirurgie non essentielle sur le plan médical ou traitement pour modifier votre apparence, y compris une abdominoplastie ou les traitements liés au, ou émanant du, retrait ou de l'ajout de tissus sains, en surplus ou gras n'est pas prise en charge. Nous ne prenons pas en charge le traitement des cicatrices chéloïdes. Nous ne remboursons pas les révisions de cicatrice, même si la cicatrice cause des problèmes fonctionnels.
Problèmes de développement	Traitement des problèmes de développement ou des problèmes liés au développement, y compris : - les difficultés d'apprentissage telles que la dyslexie - les problèmes de développement traités dans un environnement éducatif ou pour soutenir le développement éducatif

Traitement expérimental ou non prouvé	Les tests cliniques, les traitements, les équipements, les médicaments, les dispositifs ou les procédures qui sont considérés comme non prouvés ou expérimentaux en ce qui concerne la sécurité et l'efficacité. Nous ne payons pas pour tout test, traitement, équipement, médicament, dispositif ou procédure qui n'est pas considéré comme étant en usage clinique standard mais qui est (ou devrait être, selon l'opinion clinique raisonnable de Bupa) en cours d'investigation dans des essais cliniques en ce qui concerne sa sécurité et son efficacité. Nous ne payons pas pour les tests, traitements, équipements, médicaments, produits ou procédures utilisés à des fins autres que celles définies dans sa licence, sauf si cela a été autorisé au préalable par Bupa Global conformément à ses critères d'utilisation clinique standard. L'utilisation clinique standard comprend : - le traitement est considéré comme « meilleur » ou « bonne pratique » dans les directives nationales ou internationales fondées sur des preuves (mais non sur un consensus), telles que celles produites par le NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (à l'exclusion des médicaments approuvés par le Fonds britannique des médicaments contre le cancer), les Royal Colleges ou les organismes nationaux spécialisés équivalents dans le pays de traitement ; - les conclusions d'une évaluation indépendante des technologies de la santé fondée sur des données probantes ou d'une revue systématique (p. ex. Hayes, l'ACMTS, la Collaboration Cochrane, le NCCN niveau 1 ou l'équipe d'efficacité clinique interne de Bupa) indiquent que le traitement est sûr et efficace ; - lorsque le traitement a reçu l'approbation réglementaire complète de l'autorité d'autorisation (par exemple, l'Agence américaine des aliments et des médicaments (FDA), l'Agence européenne des médicaments (EMA), l'Agence saoudienne des aliments et des médicaments) dans le lieu où l'adhérent(e) a demandé le traitement, et est dûment autorisé pour la condition et la population de patients demandées (veuillez noter que l'approbation réglementaire complète nécessiterait la soumission de données à l'agence locale d'autorisation qui ont suffisamment démontré la sécurité et l'efficacité dans les essais de phase 3 publiés) ; et/ou - des tests, traitements, équipements, médicaments, dispositifs ou procédures dont la mise à disposition est obligatoire de par la loi ou la réglementation locale du pays dans lequel le traitement est demandé. Remarques : - les études de cas, les rapports de cas, les études d'observation, les éditoriaux, les publireportages, les lettres, les résumés de conférences et les études publiées ou inédites non examinées par des pairs ne sont pas considérés comme des preuves appropriées pour démontrer qu'un test, un traitement, un équipement, un médicament, un dispositif ou une procédure doit être utilisé dans le cadre d'un usage clinique standard. - Lorsque l'autorisation de l'autorité de délivrance des licences de commercialiser des essais, des traitements, des équipements, des médicaments, des dispositifs ou des procédures ne démontre pas, selon l'avis clinique raisonnable de Bupa, la sécurité et l'efficacité, les critères d'utilisation clinique standard prévaudront.
Vue	Traitement , équipement ou chirurgie pour corriger la vue, par exemple un traitement au laser, une kératotomie réfractive ou une kératotomie photoréfractive.
Tests génétiques	Les tests génétiques, si ces tests sont réalisés afin de déterminer votre probabilité génétique de présenter un problème de santé. Exemple : Nous ne prenons pas en charge les test permettant de déterminer votre probabilité d'avoir la maladie d'Alzheimer, lorsque cette maladie n'est pas présente.

Utilisation nocive ou dangereuse d'alcool, drogues et/ou médicaments	◦ directement ou indirectement, de l'utilisation délibérée, imprudente (y compris lorsque vous avez manifesté un mépris flagrant pour votre sécurité personnelle ou agi d'une manière non conforme à l'avis médical), nocive et/ou dangereuse de toute substance, y compris l'alcool, les drogues et/ou les médicaments ; et ◦ en tout état de cause, de l'utilisation illégale d'une telle substance
Stations thermales, cliniques de soins naturels ou tout établissement qui n'est pas un hôpital	Les traitements ou services reçus en station thermale, clinique de soins naturels, spa ou établissement similaire qui n'est pas un hôpital .
Activités illégales	Nous ne paierons pas pour un traitement qui résulte, directement ou indirectement, de votre participation délibérée ou imprudente (qu'elle soit réelle ou tentée) à un acte illégal, y compris les infractions au code de la route.
Traitement contre l'infertilité	Traitement pour faciliter la reproduction tel que : ◦ fertilisation in vitro (FIV) ◦ transfert intratubaire de gamètes (GIFT) ◦ transfert intratubaire de zygotes (ZIFT) ◦ insémination artificielle (IA) ◦ traitements prescrits sur ordonnance ◦ transport d'embryon (d'un site physique à un autre), ou ◦ ovule de donneuse et/ou don de sperme et coûts connexes Remarque : nous payons pour les examens raisonnables des causes de l'infertilité si : ◦ ni vous ni votre partenaire n'aviez connaissance d'un problème avant l'adhésion, et que ◦ vous êtes tous les deux adhérents du présent plan (ou tout plan administré de Bupa qui comprend une couverture pour ce type d'examen) depuis une période continue de deux ans, avant le début des examens Une fois la raison confirmée, nous ne paierons pas pour de futures investigations complémentaires.
Dons d'organes mécaniques ou d'origine animale	Organes mécaniques ou animaux, sauf lorsqu'un dispositif mécanique est utilisé temporairement pour maintenir les fonctions du corps en attendant la transplantation, l'achat d'un organe de toute source ou le prélèvement et stockage des cellules souches comme mesure préventive contre une maladie future éventuelle.
Obésité	Traitement de (ou suite à) l'obésité, tel que : aides ou médicaments pour maigrir, ou cours d'amincissement Remarque : Nous pouvons couvrir les coûts liés à la chirurgie de l'obésité, indiqués dans le « Tableau des prestations », selon les critères de l'assurance médicale de Bupa Global.
État végétatif chronique (EVC) et dommages neurologiques	Nous ne prendrons pas en charge le traitement avec hospitalisation de plus de 90 jours d'affilée pour les dommages neurologiques ou si vous êtes dans un état végétatif chronique.
Activités de sport professionnel	Traitements et services découlant d' activités sportives professionnelles , y compris mais sans s'y limiter, toute forme de vol aérien, tout type de course de véhicules à moteur, les sports nautiques, les activités équestres, les activités d'alpinisme, les sports violents tels que le judo, la boxe et la lutte, le saut à l'élastique et toute autre activité sportive professionnelle.
Problèmes sexuels	Problèmes sexuels tels que l'impuissance, quelle qu'en soit la cause.

Troubles du sommeil	Les traitements - y compris les études du sommeil - de l'insomnie, l'apnée du sommeil, les ronflements ou tout autre trouble lié au sommeil.
Cellules souches	Le prélèvement et stockage des cellules souches. Par exemple le stockage d'ovules, de sang ombilical ou de sperme. Remarque : Nous prenons en charge les greffes de moelle et les transplantations de cellules souches périphériques si elles sont effectuées dans le cadre d'un traitement contre le cancer. Elles sont couvertes par les prestations relatives aux traitements contre le cancer.
GPA (gestation pour autrui)	Traitement directement lié à la GPA. Cela s'applique à vous si vous servez de mère porteuse ou à toute autre personne qui vous sert de mère porteuse.
Troubles de l'articulation temporomandibulaire (ATM)	Troubles de l'articulation temporomandibulaire (ATM) et complications connexes.
Traitement de la dysphorie de genre ou liée à celle-ci	Nous ne payons pas pour : ◦ tout traitement chirurgical (y compris le traitement cosmétique) pour ou lié à la dysphorie de genre, sauf si : ◦ vous avez vécu de façon continue pendant au moins 12 mois dans le genre qui correspond à votre identité de genre ; et ◦ nous avons reçu des lettres de recommandation de deux psychologues et/ou psychiatres indépendants détaillant vos antécédents personnels et de traitement, vos progrès et votre éligibilité et confirmant que ce traitement est nécessaire sur le plan médical pour traiter la dysphorie de genre ; et, en tout état de cause ◦ tout traitement (chirurgical ou non chirurgical) pour ou lié à la dysphorie de genre lorsque ce traitement est illégal et/ou que la dysphorie de genre n'est pas une affection cliniquement reconnue dans le pays de traitement.
Praticien médical, hôpital ou établissement de santé non reconnu	◦ Traitement prodigué par un praticien médical, un hôpital ou un établissement de santé non reconnu par les autorités adéquates du pays où le traitement est reçu comme ayant une connaissance spécialisée ou un savoir-faire dans le traitement de la maladie ou de la blessure traitée. ◦ Auto-traitement ou traitement administré par toute personne de la même résidence, des membres de la famille (personnes d'une famille, ayant avec vous un lien de sang ou par mariage ou autre). La liste complète des liens familiaux concernés par cette définition est disponible sur demande. ◦ Traitement administré par un médecin, un hôpital ou un établissement de santé auquel nous avons envoyé un avis par écrit selon lequel nous ne le reconnaissons plus comme susceptible de prodiguer des traitements dans le cadre de nos plans santé. Vous pouvez nous contacter par téléphone pour connaître en détail les prestataires de soins auxquels nous avons envoyé un avis par écrit ou pour consulter la fonction de recherche d'établissement à bupaglobal.com/en/facilities/find.

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE

Nb	CLAUSE
1.	Votre police d'assurance
1.1	Les définitions présentes dans le « Glossaire » du Guide de vosre plan santé Bupa Global s'appliquent aux présentes Conditions générales d'assurance et sont indiquées en gras.
1.2	La présente police est un contrat d'assurance entre vous, le titulaire de la police, et Bupa Global pour chaque année d'assurance. Si la police d'assurance est renouvelée, un nouveau contrat d'assurance est créé avec les mêmes conditions que l'année d'assurance précédente mais avec une nouvelle prime et toutes les modifications dont nous vous avons informé vous, le titulaire de la police au moment du renouvellement.
1.3	Aucune autre personne, y compris les personnes à charge , ne peut faire valoir des droits prévus par le présent contrat d'assurance. Les personnes à charge peuvent utiliser notre processus de réclamation décrit à la clause 15 ci-dessous.
1.4	Ce contrat d'assurance est défini dans : ◦ les présentes Conditions générales d'assurance ; ◦ le Guide de vosre plan santé Bupa Global ; ◦ les informations et les déclarations de vosre formulaire de demande de souscription ; et ◦ le certificat d'assurance.
1.5	Si vous, le titulaire de la police , ajoutez des personnes à charge à cette police d'assurance , ces personnes à charge seront couvertes par cette police d'assurance à partir de la date indiquée sur le certificat d'assurance à jour envoyé à vous, le titulaire de la police .
2.	Votre couverture
2.1	Nous rembourserons les frais de toute prestation couverte conformément aux conditions de cette police d'assurance .
2.2	Votre plan santé peut comprendre une franchise annuelle obligatoire, qui sera présente dans le Guide de vosre plan santé Bupa Global. Vous pouvez aussi avoir une franchise annuelle facultative, si disponible et choisie par vous, le titulaire de la police, sur vosre formulaire de demande de souscription. Vos franchises seront indiquées sur vosre certificat d'assurance et vosre carte d'assurance. Toutes les franchises annuelles vous concernent en tant que titulaire de la police et chacune des personnes à charge séparément. Vous, le titulaire de la police, et chaque personne à charge pouvez avoir un montant différent de franchise annuelle. Vous aurez une nouvelle franchise annuelle si cette police d'assurance est renouvelée. Si une franchise annuelle est applicable, vous devez payer le coût de toute prestation couverte reçue directement au prestataire jusqu'à ce que vous ayez atteint le montant de vosre franchise annuelle. Les frais excédants les maximums indiqués dans le Guide de vosre plan santé Bupa Global ne seront pas comptabilisés dans vosre franchise annuelle. Le coût de toute prestation couverte que vous recevez et qui est couverte par vosre franchise annuelle (à l'exception des coûts dépassant les maximums indiqués dans le Guide de vosre plan santé Bupa Global), comptent pour les limites de couverture maximum indiquées dans le Guide de vosre plan santé Bupa Global. Même si la somme pour laquelle vous soumettez une demande de remboursement est inférieure à la somme de vosre franchise annuelle, vous devez tout de même nous envoyer une demande de remboursement pour que nous sachions quand vous avez atteint le montant de vosre franchise annuelle. Puisqu'il s'agit d'une franchise annuelle, si vous effectuez vosre première demande de remboursement vers la fin de l'année d'assurance et que vos prestations couvertes continuent après vosre date de renouvellement, la franchise annuelle est payable séparément pour les prestations couvertes reçues lors de chaque année d'assurance.

Nb	CLAUSE
2.3	Votre plan santé peut comprendre une co-assurance obligatoire, qui sera présente dans le Guide de vosre plan santé Bupa Global. Vous pouvez aussi avoir une co-assurance facultative, si disponible et choisie par vous, le titulaire de la police, sur vosre formulaire de demande de souscription. Votre co-assurance apparaîtra sur vosre certificat d'assurance et sur vosre carte d'assurance. Vous devez payer directement au prestataire de service la proportion de co-assurance du coût de toute prestation couverte pour laquelle la co-assurance s'applique.
2.4	Si, pour quelque raison que ce soit, nous devons payer au prestataire de service un montant couvert par toute franchise annuelle ou co-assurance, nous récupérerons ensuite le montant de ce paiement auprès de vous. Vous nous autorisez à vous prélever ce paiement en vertu de l'accord de prélèvement automatique ou de l'autorisation de paiement par carte de crédit que vous nous avez fourni avec vosre formulaire de demande de souscription ou mis à jour ultérieurement. Si cette police d'assurance comprend une franchise annuelle ou une co-assurance, vous devez vous assurer que nous sommes toujours en possession d'un accord de prélèvement automatique ou d'une autorisation de paiement par carte de crédit qui nous autorise à prélever le paiement de toute franchise annuelle ou co-assurance que nous avons payée. Vous devez mettre à jour l'accord de prélèvement automatique ou l'autorisation de paiement par carte de crédit que vous nous avez fourni si nécessaire ou lorsque nous en faisons la demande. Sinon, cela peut entraîner un retard de paiement de vos demandes de remboursement. Nous ne procéderons à aucun paiement de demande de remboursement avant d'avoir reçu tout paiement de franchise annuelle ou de co-assurance en attente.
2.5	Vous devez obtenir une autorisation préalable pour toute prestation couverte lorsque le Guide de vosre plan santé Bupa Global indique que c'est nécessaire. Des informations pour savoir comment obtenir une autorisation préalable des prestations couvertes sont disponibles dans le Guide de vosre plan santé Bupa Global.
2.6	Avant que nous ne puissions autoriser préalablement les prestations couvertes ou procéder au paiement de toute demande de remboursement, nous avons le droit de demander des informations complémentaires, comme des rapports médicaux, et nous pouvons vous demander de passer un examen médical auprès d'un praticien médical indépendant, sélectionné par nos soins (à notre charge) et qui nous fournira ensuite un rapport médical. Si ces informations ne nous sont pas fournies suite à notre demande, cela pourrait retarder l'autorisation préalable et le paiement de vos demandes de remboursement. Si ces informations ne nous sont pas fournies du tout, cela pourrait mener au non-paiement de vos demandes de remboursement.
2.7	Si nous procédons à un paiement de prestation pour laquelle vous n'êtes pas couvert, cela ne signifie pas que nous devons rembourser les coûts identiques ou similaires à l'avenir. Tout paiement que nous effectuons sur cette base comptera tout de même dans le calcul de la limite maximum annuelle globale qui s'applique à la présente police d'assurance .
3.	Prime et paiement
3.1	Vous devez payer vos primes directement à Bupa Global. Si vous payez vos primes auprès de quelqu'un d'autre, comme un intermédiaire, il ne relève pas de notre responsabilité de vérifier que ces personnes nous ont fait parvenir la prime. Vos primes sont prélevées par Bupa Insurance Services Limited qui agit comme notre intermédiaire dans le but de recevoir et de détenir les primes, de faire des demande de remboursement. Vos primes sont protégées par un accord entre nous et Bupa Insurance Services Limited. Le montant et la méthode de paiement sont indiqués dans vosre certificat d'assurance.
3.2	Si nous ne recevons pas vosre prime (ou tout acompte) ou tout autre paiement que vous nous devez en vertu de la présente police d'assurance avant la date d'échéance, nous vous écrirons à vous, le titulaire de la police, pour exiger le paiement à une date spécifique, qui sera au minimum 30 jours après la date à laquelle nous vous avons envoyé la lettre ou l'e-mail. Si nous n'avons pas perçu le paiement à cette date, la présente police d'assurance sera résiliée et tous les droits en vertu de la présente police d'assurance prendront fin à partir de la date originelle à laquelle nous aurions dû recevoir vosre prime (ou le premier acompte manqué) ou autre paiement. Nous ne procéderons à aucun paiement de demande de remboursement tant que tous les paiements en attente n'ont pas été payés, à moins que la raison pour le non-paiement ne soit pas de vosre ressort, comme une erreur de la banque.

Nb	CLAUSE
3.3	Si nous procédons par erreur à un paiement auprès d'un prestataire de service pour un traitement ou des prestations que vous avez reçus mais qui ne sont pas couverts par la présente police d'assurance , ou auprès de vous , nous pouvons déduire le montant que nous avons incorrectement payé de vos demandes de remboursements futures ou vous le réclamer.
4.	Lorsqu'une autre personne est responsable de votre problème de santé ou vous disposez d'une autre couverture d'assurance
4.1	Si une autre personne quelconque est responsable de toute blessure, maladie, problème de santé ou autre événement en rapport avec les prestations couvertes que vous avez reçues, nous pourrions déposer une demande de remboursement en votre nom. Vous devez nous aider, dans la mesure du raisonnable, concernant tout ce dont nous pourrions avoir besoin pour cette demande de remboursement, par exemple : ◦ nous fournir tout documents ou déclarations des témoins ; ◦ signer des documents juridiques ; et ◦ vous soumettre à un examen médical. Nous pouvons exercer notre droit de faire une demande de remboursement en votre nom avant ou après avoir effectué un paiement au titre de la police d'assurance. Vous ne devez pas prendre de mesure, régler de demande de remboursement ou faire quoi que ce soit qui ait une incidence négative sur notre droit de demande de remboursement en votre nom.
4.2	Si vous possédez une autre assurance qui couvre également vos prestations couvertes, vous devez nous prévenir et nous fournir des informations sur l'autre compagnie d'assurance, y compris en ce qui concerne les autorisations préalables et quand faire une demande de remboursement. Nous ne paierons que pour notre part du coût de toute prestation couverte.
5.	Demande de remboursement
5.1	Notre objectif est de payer, dans la mesure du possible, le prestataire de service directement pour toute prestation couverte concernée par cette police. Sinon, vous devrez payer le prestataire de service avant de nous envoyer un formulaire de demande de remboursement complété, avec des copies de toutes les factures valides, les lettres pertinentes et autres documents en lien avec les prestations couvertes pour lesquelles vous faites une demande de remboursement. Lorsqu'elles sont demandées, les factures originales doivent nous être fournies. Nous ne sommes pas obligés de payer pour toute prestation couverte si nous recevons la demande de remboursement plus de 2 ans après la fourniture des prestations couvertes, à moins qu'il existe une bonne raison pour laquelle il ne vous était pas possible de faire la demande de remboursement plus tôt. Nous ne pouvons pas vous renvoyer de documents originaux, mais nous pouvons vous en envoyer des copies si vous en faites la demande.
5.2	Lorsque vous avez payé le prestataire de service et que votre demande de remboursement a été validée, nous vous rembourserons en tant que titulaire de la police. Nous ne pouvons rembourser une personne à charge que si cette personne à charge a reçu les prestations couvertes, a plus de 18 ans et que nous possédons ses coordonnées bancaires. Nous ne procédons aux remboursements que par virement bancaire électronique directement sur votre compte bancaire ou par chèque à votre ordre. Nous remboursons les coûts administratifs pour les virements bancaires électroniques. Si votre banque locale vous facture des frais administratifs, nous vous rembourserons une fois que vous nous aurez envoyé une preuve de paiement de ces frais. Tous les autres frais bancaires, comme le taux de change, sont votre responsabilité, à moins que vous n'ayez été débité suite à une erreur de notre part.

Nb	CLAUSE
5.3	Nous vous rembourserons dans la devise : ◦ dans laquelle nous recevons la prime ◦ des factures que vous nous envoyez, ou ◦ de votre compte bancaire. Parfois, des règles bancaires ne nous permettent pas de vous payer dans la devise que vous souhaiteriez. Nous vous payerons donc dans la devise dans laquelle nous recevons la prime. Très rarement, il peut être illégal de payer dans une certaine devise ou nous exposer (ou le Groupe Bupa) à des sanctions des Nations unies. Si c'est le cas : ◦ nous pouvons ne pas être en mesure de vous payer immédiatement, ou ◦ nous vous payerons dans une devise autorisée pour laquelle nous pouvons effectuer un paiement. Le taux de change que nous utiliserons sera celui de Reuters à la clôture de 16h00 GMT au jour ouvré précédant la date de facturation au Royaume-Uni. Si nous n'avons pas de date de facture, nous utiliserons la date de votre traitement.
5.4	Nous ne fournirons pas de couverture et nous ne serons pas tenus de payer une demande de remboursement ou de fournir une prestation au titre de cette police dans la mesure où cette couverture, le paiement d'une ou plusieurs demandes de remboursement ou prestations pourrait : ◦ nous amener à enfreindre les résolutions des Nations Unies ou les sanctions commerciales ou économiques, les lois ou les règlements de toute juridiction à laquelle nous sommes soumis (ce qui peut inclure, sans limitation, ceux de l'Union européenne, du Royaume-Uni et/ou des États-Unis d'Amérique). ◦ nous exposer au risque d'être sanctionnés par une autorité ou un organisme compétent ; et/ou ◦ nous exposer au risque d'être impliqués dans un comportement (direct ou indirect) que toute autorité compétente ou tout organe compétent considère comme interdit. Lorsque les résolutions, sanctions, lois ou règlements mentionnés dans cette clause sont, ou deviennent, applicables à cette police, nous nous réservons tous nos droits de prendre toutes les mesures jugées nécessaires, à notre entière discrétion, pour nous assurer que nous continuons à nous y conformer. Vous reconnaissez que cela peut restreindre ou retarder nos obligations dans le cadre de cette police et que nous pourrions ne pas être en mesure de payer une ou plusieurs demandes de remboursement en cas de problème lié aux sanctions.
6.	Renouvellement
6.1	Nous vous écrirons pour vous prévenir si la présente police d'assurance sera renouvelée pour l'année suivante avant la date de renouvellement. Chaque année d'assurance, nous pouvons modifier la façon dont nous calculons vos primes, la façon dont nous déterminons les primes, ce que vous devez payer et le mode de paiement. Nous pouvons également modifier le Guide de votre plan santé Bupa Global (y compris quelles prestations sont couvertes et les limites des prestations couvertes) et les conditions de la présente police d'assurance. Nous vous enverrons un préavis avant la date de renouvellement, avec des informations détaillées sur la nouvelle prime, toute modification de la police renouvelée et les raisons de ces modifications. Si vous ne souhaitez pas renouveler cette police d'assurance, vous devez nous contacter dans les 30 jours suivant le commencement de la police d'assurance renouvelée. À moins que vous nous contactiez pour nous faire part de votre refus, nous continuerons de prélever les paiements de la nouvelle prime en utilisant les coordonnées bancaires que vous nous avez fournies.
6.2	Nous pouvons ne pas renouveler la présente police d'assurance à notre discrétion et pour une raison quelconque. Le cas échéant, nous vous enverrons un préavis au moins 30 jours avant la fin de l'année d'assurance.
6.3	Si nous décidons de renouveler la présente police d'assurance, nous n'ajouterons pas de nouvelles exclusions ou restrictions personnelles (celles qui sont indiquées sur votre certificat d'assurance) à votre police d'assurance renouvelée. Toutefois, si vous veniez à changer de plan santé, nous pourrions ajouter de nouvelles exclusions ou restrictions personnelles.

Nb	CLAUSE
6.4	Veillez nous contacter avant votre prochaine date de renouvellement, si vous ou vos personnes à charge avez des exclusions personnelles ou une couverture pour des antécédents médicaux et que vous souhaiteriez que nous la réexaminions. Nous pouvons supprimer votre exclusion ou la prime augmentée demandée pour les antécédents médicaux si, à notre avis, aucun autre traitement ne sera nécessaire, directement ou indirectement, pour l'état ou pour tout état lié. Il existe certaines exclusions personnelles qui, en raison de leur nature, ne seront pas examinées. Pour effectuer un examen, nous pouvons demander un rapport médical à jour à votre médecin de famille ou à votre consultant. Aucun coût engendré pour obtenir ces informations n'est couvert en vertu de votre plan et ces coûts sont à votre charge.
7.	Modifications de votre police d'assurance
7.1	Seuls nous et le titulaire de la police pouvons convenir de procéder à des modifications. Les modifications ne prendront effet que lorsque nous les confirmerons par écrit.
7.2	Cette police d'assurance a une durée de un an : ◦ le titulaire de la police peut apporter des modifications uniquement lors du renouvellement ◦ tout délai d'attente ne redémarre pas.
7.3	Nous pouvons apporter des modifications à la police d'assurance avant le renouvellement : ◦ si les lois ou régulateurs nous en donnent l'obligation, ou ◦ pour améliorer la couverture de tous les membres ayant souscrit au même produit. Si tel est le cas, nous vous écrirons pour vous informer des modifications.
7.4	Si nous pensons raisonnablement qu'en continuant cette police d'assurance, nous sommes ou vous êtes susceptibles d'enfreindre : ◦ une loi ◦ un règlement ◦ un code ou ◦ une ordonnance de tribunal nous pouvons immédiatement mettre fin à la police d'assurance. Cette police d'assurance ne fournit pas de couverture si cela nous exposait (ou le Bupa Group) à : ◦ une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations unies ou ◦ des sanctions commerciales ou économiques, les lois ou règlements de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis.
7.5	Si vous demandez à ajouter une nouvelle personne à charge à cette police d'assurance, nous étudierons les antécédents médicaux de cette personne. Nous pouvons refuser d'ajouter cette personne à la présente police d'assurance, ou nous pouvons ajouter des restrictions ou des exclusions particulières pour la couverture de cette nouvelle personne à charge. Nous pouvons, à notre entière discrétion, accepter de couvrir certains antécédents médicaux de la nouvelle personne à charge. Vous devez payer toute prime supplémentaire. Les enfants peuvent être ajoutés sans que nous ne demandions les antécédents médicaux ou de prime supplémentaire lorsque c'est compris (et conformément à toute exigence pertinente) dans le Guide de votre plan santé Bupa Global. Pour certains plans santé, nous pouvons ne pas être en mesure d'ajouter des personnes à charge qui sont au-dessus d'un certain âge au moment où nous recevons la demande de les ajouter à cette police.

Nb	CLAUSE
8.	Votre pays de résidence
8.1	Vous devez nous notifier immédiatement si votre pays de résidence spécifié ou votre pays de nationalité spécifié change. La présente police sera résiliée si la loi du pays où vous êtes situé, ou de votre pays de résidence ou nationalité, ou toute autre loi applicable pour nous ou la présente police, nous interdit de fournir la couverture santé aux ressortissants locaux, résidents ou citoyens. Sans limiter la portée de ce qui précède, nous ne serons pas en mesure de renouveler votre plan santé au prochain renouvellement de police si vous devenez un résident permanent des États-Unis, et si une personne supplémentaire quelconque couverte par votre police devient un résident permanent des États-Unis, nous ne serons pas en mesure de renouveler sa couverture en vertu de son plan santé à la prochaine date de renouvellement de police. Un « résident permanent » désignera une personne résidant aux États-Unis et qui est un citoyen autorisé par la loi applicable à y vivre et y travailler de manière permanente, et « États-Unis » comprendra le Commonwealth de Porto Rico à cet égard.
8.2	Vous devez nous prévenir immédiatement si vous changez votre adresse de correspondance ou vos autres coordonnées puisque nous utiliserons les dernières coordonnées et adresses que vous nous avez fournies jusqu'à ce que vous nous informiez d'un changement.
9.	Résilier cette police d'assurance
9.1	Le titulaire de la police peut à tout moment : ◦ annuler la police dans son intégralité, ce qui mettra fin à la couverture de tout le monde ; ou ◦ annuler la couverture d'une personne à charge. Pour ce faire, veuillez nous en aviser par téléphone, e-mail ou courrier postal. La modification prendra effet 14 jours après la notification de la modification par le titulaire de la police. Veuillez noter : 1. nous n'antidaterons pas la date d'annulation et 2. nous ne paierons pas les demandes de remboursement qui auront lieu une fois la police d'assurance résiliée.

Nb	CLAUSE
9.2	Le remboursement de toute prime dépendra de la date à laquelle le titulaire de la police annule la police d’assurance dans son intégralité ou la police d’assurance d’une personne à charge. Il existe deux scénarios : A. Annulation dans les 30 premiers jours de la police d’assurance ; ou B. Annulation après les 30 premiers jours suivant la souscription de la police d’assurance. A. Annulation dans les 30 premiers jours de couverture : Si le titulaire de la police annule la police d’assurance dans son intégralité : ◦ dans les 30 premiers jours suivant le début de la couverture pour cette année d’assurance, et ◦ aucune demande de remboursement n’a été soumise pour un traitement ayant eu lieu dans cette période de 30 jours nous rembourserons toutes les primes payées pour cette année d’assurance. Si le titulaire de la police annule pour une personne à charge : ◦ dans les 30 premiers jours suivant le début de la couverture de cette personne à charge pour cette année d’assurance, et ◦ aucune demande de remboursement n’a été soumise pour un traitement dispensé à cette personne à charge ayant eu lieu dans cette période de 30 jours nous rembourserons toutes les primes payées pour cette personne à charge pour cette année d’assurance. Important : dans les deux cas, lorsqu’une demande de remboursement a été soumise dans les 30 premiers jours de couverture, soit par le titulaire de la police soit par une personne à charge, nous traiterons cette action comme une acceptation de souscription de police d’assurance auprès de nous. Cela signifie que si vous souhaitez annuler la police, ceci sera traité comme une annulation ayant lieu après les 30 premiers jours (section B ci-dessous). B. Annulation après les 30 premiers jours de couverture : Si le titulaire de la police annule la police d’assurance dans son intégralité : ◦ après les 30 premiers jours suivant de couverture pour cette année d’assurance, ou ◦ aucune demande de remboursement n’a été soumise pour un traitement ayant eu lieu dans les 30 premiers jours de couverture nous annulerons la police dans les 14 jours à compter la date de formulation de demande de la part du titulaire de la police (comme mentionné à la section 9.1 ci-dessus). Nous rembourserons toute prime déjà payée après la période d’annulation de 14 jours. Par exemple, si le titulaire de la police annule la police dans son intégralité le 1er mars, nous rembourserons toute prime payée à compter du 15 mars. Si le titulaire de la police annule pour une personne à charge : ◦ après les 30 premiers jours suivant de couverture pour cette année d’assurance, ou ◦ une demande de remboursement a été soumise pour un traitement dispensé à cette personne à charge ayant eu lieu dans ces 30 premiers jours de couverture nous rembourserons toute prime déjà payée pour cette personne à charge après la période d’annulation de 14 jours. Par exemple, si le titulaire de la police annule la couverture pour une personne à charge le 1er mars, nous rembourserons toute prime payée à compter du 15 mars.
9.3	Nous vous rembourserons sur le même moyen de paiement que celui utilisé pour payer la prime. Cela signifie que le remboursement sera transféré sur votre compte bancaire, votre carte de crédit, votre carte de débit ou via un chèque. Veuillez noter que si vous avez des paiements en suspens auprès de nous, nous sommes susceptibles de les déduire du remboursement.

Nb	CLAUSE
9.4	Si : ◦ une personne à charge décède - Le titulaire de la police doit nous en informer dans les 30 jours. ◦ le titulaire de la police décède - Une personne à charge inscrite sur la police d’assurance, ou les membres de la famille du titulaire de la police, doivent nous en informer dans les 30 jours. Nous mettrons fin à la police d’assurance une fois que nous aurons été informés du décès. Lorsque le titulaire de la police décède, une personne à charge âgée de 18 ans et plus peut formuler une demande de souscription pour devenir titulaire de la police et peut ajouter d’autres personnes à charge à la police d’assurance. S’il n’y a pas de nouveau titulaire de la police, la police d’assurance prend fin. Dans les deux cas, lorsqu’aucune demande de remboursement n’a été soumise, nous rembourserons la prime pour la période après la fin de la police d’assurance.
10.	Notre rôle en vertu de la présente police d’assurance et nomination en tant que votre intermédiaire
10.1	Notre rôle en vertu de la présente police d’assurance est de vous fournir une couverture d’assurance et occasionnellement de procéder à des arrangements (en votre nom) pour que vous receviez les prestations couvertes. Ce n’est pas notre rôle de vous fournir les prestations couvertes en elles-mêmes.
10.2	Vous, le titulaire de la police, en votre nom et au nom des personnes à charge, nous désignez pour agir en tant qu’intermédiaire pour vous, pour prendre des rendez-vous ou procéder à des arrangements pour que vous receviez les prestations couvertes que vous demandez. Nous agirons de manière raisonnable en tant que votre intermédiaire.
10.3	Vous, le titulaire de la police, en votre nom et au nom des personnes à charge, nous autorisez, en tant que votre intermédiaire, si pour une raison quelconque vous n’êtes pas disponible pour nous donner des instructions en ce qui concerne les prestations couvertes (par exemple si vous êtes frappé d’un handicap), à : ◦ prendre des mesures que nous considérons raisonnablement comme étant dans votre intérêt (conformément à la couverture dont vous disposez en vertu de la présente police d’assurance) ; ◦ fournir toute information vous concernant à votre prestataire de service tel que nous le jugeons raisonnable dans les circonstances ; et/ou ◦ recevoir des instructions d’une personne que nous considérons raisonnablement comme la personne la plus convenable (par exemple, un membre de la famille, votre médecin traitant ou votre employeur).
10.4	Lorsque nous agissons comme votre intermédiaire, nous pouvons agir via notre groupe d’entreprises et d’administrateurs de Bupa.
11.	Notre responsabilité envers vous
11.1	Nous (et notre groupe d’entreprises et d’administrateurs Bupa) ne serons pas tenus pour responsables envers vous ou tout tiers en cas de perte, dommages, maladie et/ou blessure pouvant survenir suite à la réception de toute prestation couverte, ni pour toute action ou manquement de la part de tout prestataire de service ou d’un tiers vous fournissant une prestation couverte quelconque. Vous devez pouvoir effectuer une demande de remboursement directement auprès du prestataire de service ou du tiers.
11.2	Vos droits statutaires ne sont pas affectés.
12.	Demandes de remboursement frauduleuses
12.1	Dans la présente clause 12, lorsque nous parlons de « vous » ou « vous, le titulaire de la police », cela comprend toute personne agissant en votre nom, lorsque nous parlons de « personne à charge », cela comprend toute personne agissant au nom d’une personne à charge quelconque.
12.2	Vous, le titulaire de la police, ou toute personne à charge ne doit pas : ◦ faire de demande de remboursement frauduleuse ou exagérée ou faussement déclarée en vertu de la présente police d’assurance ; ◦ nous envoyer des documents faux ou falsifiés ou toute autre fausse preuve, ou faire une fausse déclaration pour appuyer une demande de remboursement ; et/ou ◦ nous fournir des informations connues de vous, le titulaire de la police, ou de toute autre personne à charge et qui pourraient nous mener à refuser la demande de remboursement en vertu de la présente police d’assurance, si nous en avons connaissance ; et/ou ◦ refuser de coopérer ou ne pas fournir les informations/documents raisonnablement demandés par nous pour valider votre ou vos demandes de remboursement, qu’elles soient en suspens ou payées (y compris, mais sans s’y limiter, les preuves de paiement, les rapports médicaux et les factures originales).

Nb	CLAUSE
12.3	En cas de non-respect de la clause 12.2 ci-dessus, nous pouvons : ◦ refuser le remboursement complet et toute autre demande de remboursement soumise depuis la date de cette demande de remboursement ; et/ou ◦ recouvrer tout paiement auquel nous avons déjà procédé en ce qui concerne la demande de remboursement et/ou la ou les autres demandes de remboursement soumises depuis cette demande de remboursement. De plus, si vous, le titulaire de la police, ne respectez pas la clause 12.2, alors nous vous préviendrons vous, le titulaire de la police, que cette police d'assurance a été résiliée à la date du non-respect de la clause 12.2, et que nous ne rembourserons pas de prime versée pour la police d'assurance. Si uniquement une personne à charge particulière n'a pas respecté la clause 12.2, alors nous vous préviendrons vous, le titulaire de la police, que la couverture en vertu de cette police d'assurance pour cette personne à charge a été résiliée à la date du non-respect de la clause 12.2 ci-dessus, et que nous ne rembourserons pas de prime versée pour cette couverture en vertu de la police d'assurance.
13.	Fourniture d'informations précises et complètes
13.1	Dans la présente clause 13, lorsque nous parlons de « vous » ou de « vous, le titulaire de la police », cela comprend toute personne agissant en votre nom, lorsque nous parlons de toute « personne à charge », cela comprend toute personne agissant au nom d'une personne à charge quelconque.
13.2	Vous, le titulaire de la police, et toute personne à charge devez exercer une diligence raisonnable pour vous assurer que toutes les informations que vous nous fournissez sont correctes et complètes au moment où vous souscrivez à ce plan et à chaque renouvellement, extension et modification de celui-ci. Vous et toute personne à charge devez également nous prévenir si l'une des réponses aux questions du formulaire de demande de souscription change avant le commencement de ce plan. Sinon, les dispositions suivantes s'appliqueront et sortiront leurs effets à la date de souscription, de renouvellement ou de modification du plan (en fonction du moment où nous avons reçu des informations inexactes ou incomplètes). A. Nous pouvons considérer ce plan comme n'ayant jamais existé, si vous nous fournissez délibérément ou par imprudence des informations inexactes ou incomplètes. B. Lorsque vous nous fournissez des informations inexactes ou incomplètes par négligence ou par imprudence, ou lorsque A. s'applique mais que nous choisissons de ne pas nous prévaloir de nos droits en vertu de A, nous pouvons traiter le plan et toute demande d'indemnisation d'une manière qui reflète ce que nous aurions fait si nous avions reçu des informations exactes et complètes, comme suit : ◦ si nous vous avons refusé toute couverture, nous pourrions considérer ce plan comme n'ayant jamais existé ; ◦ si nous vous avons fourni une couverture avec des conditions différentes, nous pourrions appliquer ces conditions différentes à ce plan. Ceci signifie qu'une demande de remboursement ne sera payée que si elle est couverte par et/ou si vous avez respecté ces conditions différentes : votre plan pourrait, par exemple, comporter de nouvelles restrictions ou exclusions personnelles ; et/ou ◦ si nous vous avons réclamé une prime plus élevée, nous pourrions réduire le montant exigible pour toute demande de remboursement en comparant la prime plu élevée à la prime originelle. Par exemple, nous ne payerons que la moitié de la demande de remboursement si nous avons réclamé le double de la prime.
13.3	Si une personne à charge (ou vous en son nom) a fourni des informations inexactes ou incomplètes, les mêmes règles s'appliquent mais uniquement à la partie du plan qui s'applique à la personne à charge ou à des demandes de remboursement faites par cette personne. Les mêmes règles s'appliquent, si une autre personne nous fournit des informations en votre nom ou au nom d'une personne à charge quelconque.
14.	Avis de traitement des données
14.1	Veillez consulter l'avis de confidentialité de Bupa Global .
15.	Réclamations
15.1	Comment envoyer une réclamation ? ◦ nous appeler : +33 (0) 1 57329109 ◦ nous envoyer un e-mail : info@bupaglobal.com ◦ écrire à : Bupa Global Victory House, Trafalgar Place, Brighton, BN1 4FY, Royaume-Uni Vous pouvez également demander une copie de nos processus de réclamation.

Nb	CLAUSE
15.2	Si nous ne réglons pas votre réclamation dans les huit semaines ou si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision finale, vous pouvez vous adresser au service du médiateur financier : ◦ écrire à : Financial Services and Pensions Ombudsman, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, D02 VH29, Irlande ◦ téléphone : +353 1 567 7000 ◦ e-mail : info@fspo.ie Pour plus de détails : www.fspo.ie Les clients résidant en France et à Monaco peuvent également adresser une réclamation à La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.
16.	Le droit régissant la présente police et où vous pouvez intenter une action en justice
16.1	La présente police est régie par le droit français.
16.2	Si un différend surgit quant à l'interprétation de cette police établie dans différentes versions linguistiques, la version en langue anglaise sera réputée définitive et l'emportera sur toute autre version.

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Nous nous engageons à protéger **votre** vie privée lors du **traitement** de **vos** informations personnelles. Le présent Avis de confidentialité donne un aperçu des informations que **nous** recueillons à **votre** sujet et de la façon dont **nous** les utilisons et les protégeons. Il fournit également des informations sur **vos** droits.

Les informations que **nous** traitons à **votre** sujet, et les raisons pour lesquelles **nous** les traitons, dépendent des produits et services que **vous** utilisez. Pour plus de détails, veuillez consulter **notre** Avis de confidentialité complet disponible à l'adresse suivante : www.bupaglobal.com/privacypolicy. Si **vous** n'avez pas accès à Internet et souhaitez obtenir une copie papier de l'Avis de confidentialité complet, ou si **vous** avez des questions concernant **notre** manière de gérer **vos** informations, veuillez contacter le service clientèle de **Bupa Global** au +44 (0)1273 323 563. **Vous** pouvez également envoyer un e-mail à info@bupaglobal.com ou écrire à l'adresse suivante : **Bupa Global**, Victory House, Trafalgar Place, Brighton BN1 4FY, **Royaume-Uni**.

Dernière mise à jour : Mai 2023

Informations à propos de **Bupa Global**

1. Ce que couvre le présent Avis de confidentialité
2. Comment **nous** collectons **vos** informations personnelles
3. Catégories d'informations personnelles
4. Pourquoi utilisons-**nous vos** informations personnelles et **nos** raisons juridiques pour le faire
5. Profilage et prise de décision automatisée
6. Partage de **vos** informations
7. Transferts internationaux
8. Pendant combien de temps **nous** conservons **vos** informations personnelles
9. **Vos** droits
- 10.Contacts de protection des données

Informations à propos de Bupa Global

Dans cet Avis de confidentialité, les termes « **nous** », « **notre** » et « **nos** » désignent les sociétés **Bupa** agissant sous le nom de **Bupa Global**. Pour obtenir les coordonnées de ces entreprises, visitez www.bupaglobal.com/legal-notice

Les entreprises **Bupa** qui traitent **vos** informations dépendront des produits et des services que **vous nous** demandez, achetez ou utilisez. En ce qui concerne **nos** polices d'assurance, **vos** informations seront traitées par l'assureur et le principal administrateur de **votre** police, qui sont susceptibles de les partager avec d'autres entreprises **Bupa**, comme défini dans la section « Partage de **vos** informations ». Veuillez **vous** référer aux documents de **votre police d'assurance** pour la confirmation de l'assureur et du principal administrateur.

1. Ce que couvre le présent Avis de confidentialité

Cet Avis de confidentialité s'applique à toute personne qui interagit avec **nous** en relation avec **nos** produits et services (« **vous** », « **votre** »), par n'importe quel moyen (par exemple, e-mail, site Web, téléphone, application, etc.).

2. Comment nous collectons vos informations personnelles

Nous recueillons des informations personnelles auprès de **vous** et d'autres organisations (p. ex. celles qui agissent en **votre** nom, comme les courtiers, les prestataires de soins de santé, etc.). Si **vous nous** fournissez des informations sur d'autres personnes, **vous** devez **vous** assurer qu'elles ont vu une copie de cet Avis de confidentialité et ne voient pas d'inconvénient à ce que **vous** communiquiez leurs informations.

3. Catégories d'informations personnelles

Nous traitons les catégories d'informations personnelles suivantes **vous** concernant et, le cas échéant, concernant **vos personnes à charge**. Il s'agit des informations personnelles standard (par exemple les informations que **nous** utilisons pour **vous** contacter, **vous** identifier ou gérer **notre** relation avec **vous**), des catégories spéciales d'informations (par exemple les informations sur la santé, les informations sur la race, l'origine ethnique et la religion qui **nous** permettent d'adapter **vos** soins), et des informations sur toute condamnation et infraction pénale (**nous** pouvons obtenir ces informations lors de contrôles anti-fraude ou anti-blanchiment d'argent ou d'autres activités de vérification des antécédents).

4. Pourquoi utilisons-nous vos informations personnelles et nos raisons juridiques pour le faire

Nous traitons **vos** informations personnelles aux fins énoncées dans **notre** Avis de confidentialité complet, y compris pour gérer **notre** relation avec **vous** (y compris pour le **traitement** des demandes de remboursement et des réclamations), pour la recherche et l'analyse, pour surveiller **nos** attentes de rendement (y compris celles des prestataires de soins de santé qui **vous** concernent) et pour protéger **nos** droits, **notre** propriété ou **notre** sécurité, ou celle de **nos** clients ou d'autres personnes. Le fondement juridique sur lequel **nous** traitons les informations personnelles dépend de la catégorie d'informations personnelles que **nous** traitons. **Nous** traitons normalement les informations personnelles standard sur la base qu'elles sont nécessaires à l'exécution d'un contrat, pour **nos** intérêts légitimes ou ceux d'autres personnes ou qu'elles sont nécessaires ou autorisées par la loi. **Nous**

traitons des catégories particulières d'informations parce qu'elles sont nécessaires à des fins d'assurance, parce que **nous** avons **votre** autorisation ou parce qu'elles sont décrites dans **notre** Avis de confidentialité complet. **Nous** pouvons traiter des informations sur **vos** condamnations pénales et **vos** infractions (le cas échéant) si cela est nécessaire pour prévenir ou détecter une infraction.

5. Profilage et prise de décision automatisée

Comme beaucoup d'entreprises, **nous** utilisons parfois l'automatisation pour **vous** fournir un service plus rapide, meilleur, plus cohérent et plus juste, ainsi que des informations marketing qui pourraient **vous** intéresser (y compris des rabais sur **nos** produits et services). Il peut s'agir d'évaluer des renseignements à **votre** sujet et, dans certains cas, d'utiliser la technologie pour **vous** fournir des réponses ou des décisions automatiques. **Vous** pouvez en savoir plus à ce sujet dans **notre** Avis de confidentialité complet. **Vous** avez le droit de **vous** opposer au marketing direct et au profilage dans le cadre du marketing direct. **Vous** pouvez également avoir le droit de **vous** opposer à d'autres types de profilage et de prise de décision automatisée.

6. Partage de vos informations

Nous partageons **vos** informations au sein du groupe d'entreprises **Bupa**, avec les **titulaires de la police** concernés (y compris **votre** employeur si **vous** êtes couvert par un plan collectif), avec les bailleurs de fonds qui organisent des services en **votre** nom, ceux qui agissent en **votre** nom (par exemple, les courtiers et autres intermédiaires) et avec d'autres personnes qui **nous** aident à **vous** fournir des services (par exemple, les prestataires de soins de santé) ou auprès desquelles **nous** avons besoin d'informations pour traiter ou vérifier les demandes de remboursement ou les droits (par exemple, les associations professionnelles). **Nous** partageons également **vos** informations conformément à la législation en vigueur. **Vous** pouvez en savoir plus sur les informations qui peuvent être partagées et dans quelles circonstances dans **notre** Avis de confidentialité complet.

7. Transferts internationaux

Nous travaillons avec des entreprises avec lesquelles **nous** établissons des partenariats, ou qui **nous** fournissent des services (comme des prestataires de santé, d'autres entreprises **Bupa** et des prestataires informatiques) qui sont situées dans, ou qui opèrent leurs services depuis, des pays du monde entier. En conséquence, **nous** transférons **vos** informations personnelles vers différents pays y compris des transferts de l'intérieur du **Royaume-Uni** vers l'extérieur du **Royaume-Uni**, et depuis l'intérieur de l'EEE (les États membres de l'UE plus la Norvège, le Liechtenstein et l'Islande) vers l'extérieur de l'UE, aux fins énoncées dans le présent Avis de confidentialité. **Nous** prenons des mesures pour **nous** assurer que, lorsque **nous** transférons **vos** informations personnelles dans un autre pays, une protection appropriée est en place, conformément aux lois mondiales sur la protection des données.

8. Pendant combien de temps nous conservons vos informations personnelles

Nous conservons **vos** informations personnelles en fonction des périodes de travail en utilisant les critères indiqués dans l'Avis de confidentialité complet.

9. Vos droits

Vous avez le droit d'accéder à **vos** informations et de **nous** demander de rectifier, effacer et restreindre l'utilisation de **vos** informations. **Vous** avez également le droit de **vous** opposer à l'utilisation de **vos** informations, de demander le transfert des informations que **vous** avez mises à **notre** disposition, de retirer **votre** permission à l'utilisation de **vos** informations et de ne pas être soumis à une prise de décision automatisée qui produit des effets juridiques **vous** concernant ou qui **vous** affecte de manière significative. Veuillez **nous** contacter si **vous** souhaitez exercer l'un de **vos** droits.

10. Contacts de protection des données

Si **vous** avez des questions, des commentaires, des réclamations ou des suggestions concernant cet avis, ou toute autre préoccupation concernant la façon dont **nous** traitons les informations **vous** concernant, veuillez **nous** contacter à l'adresse info@bupaglobal.com. **Vous** pouvez également utiliser cette adresse pour contacter **notre** délégué à la protection des données.

Vous avez également le droit de déposer une réclamation auprès de **votre** autorité locale de surveillance de la confidentialité privée. **Nous** sommes réglementés par le Commissaire à la protection des données (www.dataprotection.ie) qui peut être contacté au 21 Fitzwilliam Square South, Dublin 2, D02 RD28, Irlande. Tél +353 (0)761 104 800 ou +353 (0)57 868 4800.

GLOSSAIRE

Traitement actif	Traitement dispensé par un médecin contre une maladie ou une blessure menant à votre rétablissement, à la préservation de votre état ou à la restauration de votre état de santé précédent, le plus rapidement possible.
Maintien artificiel de la vie	Tout(e) procédure, technique, traitement médicamenteux ou intervention dispensé(e) à un patient afin de prolonger sa vie.
Médicaments de thérapie innovante (MTI)	Les traitements basés sur des gènes, des tissus ou des cellules, par exemple le traitement par cellules T à récepteurs antigéniques chimériques (CAR).
Techniques de reproduction assistée	Technologies telles que, mais sans limitation, la fertilisation in vitro (FIV) avec ou sans injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI), transfert intratubaire de gamètes (GIFT), transfert intratubaire de zygotes (ZIFT), don d'ovule et insémination intra-utérine (IIU) avec déclenchement de l'ovulation.
Prestataire de services	Le praticien médical , l' hôpital ou la clinique reconnu(e), ou tout autre prestataire de services qui vous dispense n'importe quelle prestation couverte .
Maison de naissance	Un établissement médical souvent associé à un hôpital , conçu pour procurer un contexte accueillant pour les accouchements.
Blue Cross Blue Shield Association / Blue Cross Blue Shield Global / BCBSA	Blue Cross et Blue Shield Association sont une fédération nationale de 36 entreprises indépendantes, communautaires et exploitées localement par Blue Cross et Blue Shield . Blue Cross Shield Global est une marque appartenant à Blue Cross Blue Shield Association .
Bupa	British United Provident Association Limited, une société anonyme du Royaume-Uni immatriculée en Angleterre et au Pays de Galles sous le n° 00432511, avec son siège social office à Bupa , 1 Angel Court, London, EC2R 7HJ, Angleterre.
Bupa Global, nous, notre, nos	Bupa Global Designated Activity Company ou toute autre filiale d'assurance ou partenaire d'assurance de British United Provident Association Limited.
Bupa Group	Bupa Global , Bupa Insurance Services Limited et toutes les autres entreprises de Bupa Group , ainsi que toutes les entreprises qui administrent cette police d'assurance au nom de Bupa Global .
Co-assurance	Le pourcentage que vous devez payer sur vos prestations couvertes auxquelles la co-assurance s'applique, comme indiqué dans votre certificat de membre et guide de membre.
Thérapeute complémentaire	Par exemple les acupuncteurs, homéopathes, réflexologues, naturopathes et praticiens en médecine chinoise entièrement formés, officiellement qualifiés et autorisés à pratiquer par les autorités adéquates du pays où le traitement est reçu.
Prestations couvertes	Le traitement et les prestations indiqués comme étant couverts dans le guide de votre plan santé Bupa Global .
Patient en hospitalisation de jour	Traitement qui, pour des raisons médicales, nécessite que vous passiez la journée dans un lit d' hôpital uniquement pendant la journée. Nous n'exigeons pas que vous occupiez un lit pour les traitements de santé mentale en hospitalisation de jour.

Dentiste	Une personne qui : - est légalement qualifiée pour pratiquer la dentisterie, et - est reconnue par les autorités compétentes du pays dans lequel le traitement a lieu comme ayant une qualification spécialisée à la suite de la fréquentation d'une école dentaire reconnue, et - qui est autorisée à pratiquer la dentisterie par les autorités compétentes du pays où les soins dentaires ont lieu. Les exemples de qualification spécialisée dans le domaine de la dentisterie peuvent inclure (mais ne sont pas limités à) la parodontie ou la dentisterie pédiatrique.
Personnes à charge	Toute autre personne couverte par cette police d'assurance , nommée sur le certificat d'assurance.
Tests de diagnostic	Examens tels que la radiographie et les examens sanguins, afin de trouver la cause de vos symptômes.
Diététicien	Les praticiens doivent être entièrement formés, officiellement qualifiés et autorisés à pratiquer par les autorités adéquates du pays où le traitement est reçu.
Médecin généraliste	Une personne qui : est légalement qualifiée pour pratiquer la médecine après des études dans un établissement médical reconnu afin de dispenser des traitements médicaux, sans avoir besoin d'une formation spécialisée, et ayant l'autorisation de pratiquer la médecine dans le pays où le traitement est reçu. Par établissement médical reconnu, nous entendons un établissement médical figurant sur le Répertoire mondial des écoles de médecine, régulièrement publié par l'Organisation mondiale de la santé.
Urgence	Maladie grave ou symptômes graves dus à une maladie ou une blessure soudaine et qui, d'après une personne raisonnable, nécessite un traitement immédiat, généralement dans les 24 heures qui suivent les premiers symptômes, et qui autrement mettraient votre santé en danger.
Europe	Tous les pays de l'UE, ainsi que le Royaume Uni, la Norvège, l'Islande, le Liechtenstein, la Suisse, Andorre, l'île de Man, les îles Anglo-Normandes, Monaco, Saint-Marin, la Turquie et le Vatican
Membres de la famille	Personnes d'une famille, ayant avec vous un lien de sang ou par mariage ou autre. Une liste complète des liens familiaux concernés par cette définition est disponible sur demande.
Guide de votre plan santé Elite Global	Le fascicule intitulé « Guide de votre plan santé Elite Global » pour le plan santé qui est cité pour vous sur votre certificat d'assurance. Il répertorie les traitements et prestations inclus et les exclusions éventuelles qui s'appliquent à cette police d'assurance . Si vous, le titulaire de la police , avez un plan santé différent des personnes à charge , un « Guide de votre plan santé Bupa Global » différent s'appliquera à chacun de vous .
Plan santé	Tout plan d'assurance mis à disposition par Bupa Global à n'importe quel moment.
Hôpital	Un centre de traitement enregistré, ou reconnu par les lois locales du pays, comme existant principalement pour effectuer des opérations chirurgicales importantes ou prodiguer des traitements que seuls des spécialistes peuvent prodiguer.
Hospitalisation	Traitement qui, pour des raisons médicales, nécessite que vous occupiez un lit d' hôpital pendant une ou plusieurs nuits.

Soins intensifs	Les soins intensifs comprennent une unité de soins pour malades hautement dépendants (USMHD) : unité qui prodigue un niveau élevé de soins médicaux et de surveillance, par exemple en cas de dysfonctionnement d'un seul organe. Unité de thérapie intensive/unité de soins intensifs (UTI/USI) : unité qui prodigue un niveau de soins élevé, par exemple en cas de dysfonctionnement de plusieurs organes ou en cas de ventilation mécanique intubée. Unité de soins intensifs coronariens (USIC) : unité qui prodigue un niveau élevé de surveillance cardiaque. Unité de soins intensifs pour bébés : unité qui prodigue un niveau élevé de soins pour bébés.
Praticien médical	Médecin spécialiste , médecin généraliste , psychologue , psychothérapeute , kinésithérapeute , ostéopathe , chiropraticien , diététicien , orthophoniste , thérapeute complémentaire ou thérapeute qui prodigue un traitement actif pour un problème de santé connu.
Nécessaire sur le plan médical :	traitement , service médical ou médicaments prescrits par ordonnance qui : (a) correspond au diagnostic et au traitement médical pour la condition ; (b) correspond aux normes généralement acceptées de pratiques médicales ; (c) est nécessaire pour un tel diagnostic ou traitement ; (d) n'est pas effectué de principe pour la commodité de l'adhérent ou du praticien médical
Traitement de santé mentale	Traitement des problèmes de santé mentale, y compris les troubles alimentaires.
Réseau	Hôpitaux , pharmacies ou établissements similaires, ou cabinets de médecin ayant un accord effectif avec Bupa Global ou un partenaire de service pour vous prodiguer un traitement couvert.
Ambulatoires courts (traitements)	Traitement administré dans un hôpital , une salle de consultation, un cabinet médical ou une clinique de soins ambulatoires où vous n'avez pas à passer la nuit ou bien où vous pouvez recevoir un traitement en hospitalisation de jour.
Traitement de déclenchement de l'ovulation	Traitement qui comprend les médicaments nécessaires pour stimuler la production de follicules dans l'ovaire, y compris mais sans limitation une thérapie à base de clomiphène et de gonadotrophine.
État végétatif chronique (EVC) :	Un état de perte de conscience profond, sans signe de conscience ni de fonctionnement du cerveau, même si la personne peut ouvrir les yeux et respirer sans aide et ne réagit pas aux stimuli, par exemple si on prononce son nom ou si on la touche. Cet état doit exister depuis au moins quatre semaines, sans aucun signe d'amélioration, quand toutes les tentatives raisonnables ont été faites pour remédier à l'état.
Pharmacie	Un établissement où sont préparés ou vendus les médicaments prescrits.
Kinésithérapeutes, ostéopathes et chiropraticiens	Les praticiens doivent être entièrement formés, officiellement qualifiés et autorisés à pratiquer par les autorités adéquates du pays où le traitement est reçu.
Police d'assurance	Votre contrat d'assurance avec Bupa Global , décrit dans l'article 1 des Conditions générales d'assurance.
Année d'assurance	la période de 12 mois pour laquelle la présente police est en vigueur, telle qu'elle figure en premier lieu sur votre certificat d'assurance et, si la présente police d'assurance est renouvelée, chaque période de 12 mois qui suit la date de renouvellement
Titulaire de la police	Le principal souscripteur indiqué sur le formulaire de demande de souscription, qui sera la première personne citée sur le certificat d'assurance.

Antécédents médicaux	◦ Tout état médical déclaré lors de votre souscription à la couverture qui a été noté sur votre certificat d'adhérent en tant que « exclusion personnelle » ou antécédents médicaux couverts. ◦ Tout état médical déclaré lors de votre souscription à la couverture qui a été accepté sans « exclusion personnelle » ni surprime d'évaluation. ◦ Toute maladie ou blessure pour laquelle vous avez reçu des médicaments, des conseils ou des traitements, ou avez ressenti des symptômes, que le problème de santé ait été diagnostiqué ou non, avant de devenir adhérent(e), ce qui n'était pas indiqué sur votre demande souscription de couverture. Lorsque nous acceptons votre transfert du présent plan vers un autre produit d'assurance sur une base continue de couverture, la référence ci-dessus à la « demande de couverture » désignera votre demande de souscription de couverture originale à une couverture en vertu dudit précédent produit d'assurance.
Activités sportives professionnelles	Les Activités sportives professionnelles désignent tout sport auquel le membre/l'affilié prend part pour lequel il est rémunéré, que ce soit en participant à un entraînement ou à une compétition.
Chirurgie prophylactique	Chirurgie permettant de retirer un organe ou une glande qui ne présente pas de signes de maladie, afin d'empêcher le développement d'une maladie sur cet organe ou cette glande.
Psychologue et psychothérapeute	Une personne légalement qualifiée et autorisée à exercer en tant que telle dans le pays où le traitement est reçu.
Infirmière qualifiée	Une infirmière dont le nom figure actuellement sur le registre des infirmières, tenu par un organisme d'enregistrement des infirmières officiel dans le pays où le traitement est reçu.
Raisnable et habituel	Raisnable et habituel signifie le montant exigible « habituel » ou « normal accepté » pour un traitement , une procédure ou un service de santé spécifique dans une région géographique particulière, et prodigué par des prestataires de services de qualité et d'expérience comparables.
Praticien médical, hôpital ou établissement de santé reconnu :	Tout prestataire qui n'est pas un praticien médical, hôpital ou établissement de santé non reconnu.
Rééducation (rééducation pluridisciplinaire)	Un traitement sous la forme de diverses thérapies telles que la kinésithérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie, visant à restaurer les fonctions normales après des événements tels qu'un AVC.
Renouvellement	Chaque date anniversaire à laquelle vous avez souscrit le plan santé .
Maladie aiguë grave	Problème médical ou symptômes dus à une maladie ou une blessure soudaine et, d'après l'opinion raisonnable du spécialiste et de nos consultants médicaux, nécessite un traitement immédiat, généralement dans les 24 heures qui suivent les débuts, et qui autrement mettraient votre santé en grave danger.
Partenaire de service	Une entreprise ou organisation qui prodigue des services au nom de Bupa Global . Ces services peuvent inclure une autorisation préalable de couverture et la recherche d'un établissement médical local.
Spécialiste	Un chirurgien, anesthésiste ou spécialiste qui : a officiellement le droit de pratiquer la médecine ou la chirurgie après avoir suivi des études dans une école médicale reconnue, est reconnu par les autorités adéquates du pays dans lequel le traitement est reçu comme ayant une qualification spécialisée ou un savoir-faire dans le traitement de la maladie ou de la blessure traitée. Par « établissement médical reconnu », nous voulons dire un établissement médical figurant sur le Répertoire mondial des écoles de médecine, régulièrement publié par l'Organisation mondiale de la santé.

Pays de nationalité spécifié	Le pays correspondant à votre nationalité spécifié sur votre formulaire de demande de souscription, ou que vous nous avez indiqué par écrit si vous l'avez fait ultérieurement.
Pays de résidence spécifié	Le pays correspondant à votre pays de résidence spécifié sur votre formulaire de souscription et figurant sur votre certificat d'assurance, ou que vous nous avez indiqué par écrit si vous l'avez fait ultérieurement. Le pays que vous avez spécifié comme étant le pays dans lequel les autorités adéquates (telles que les autorités fiscales) considèrent que vous résidez pendant la durée de votre police d'assurance .
Orthophoniste	Les praticiens doivent être entièrement formés, officiellement qualifiés et autorisés à pratiquer par les autorités adéquates du pays où le traitement est reçu.
Opération chirurgicale	Une procédure médicale qui nécessite l'utilisation d'instruments ou d'équipement.
Thérapeutes	Ergothérapeute ou orthoptiste officiellement qualifié et autorisé à pratiquer dans le pays où le traitement est reçu.
Traitement	Services chirurgicaux ou médicaux (y compris des tests diagnostic) nécessaires pour diagnostiquer, soulager ou soigner une maladie ou une blessure.
Royaume-Uni	Grande-Bretagne et Irlande du Nord.
Praticien médical, prestataire et établissement médical non reconnu	◦ Traitement prodigué par un praticien médical, un hôpital ou un établissement de santé non reconnu par les autorités adéquates du pays où le traitement est reçu comme ayant une connaissance spécialisée ou un savoir-faire dans le traitement de la maladie ou de la blessure traitée. ◦ Auto-traitement ou traitement administré par toute personne de la même résidence, des membres de la famille (personnes d'une famille, ayant avec vous un lien de sang ou par mariage ou autre). La liste complète des liens familiaux concernés par cette définition est disponible sur demande. ◦ Traitement administré par un médecin, un hôpital ou un établissement de santé auquel nous avons envoyé un avis par écrit selon lequel nous ne le reconnaissons plus comme susceptible de prodiguer des traitements dans le cadre de nos plans santé. Vous pouvez nous contacter par téléphone pour connaître en détail les prestataires de soins auxquels nous avons envoyé un avis par écrit ou pour consulter la fonction de recherche d'établissement à bupaglobal.com/en/facilities/finder
Nous/notre/nos	Bupa Global
Vous, le titulaire de la police	Seulement le titulaire de la police .
Vous/votre/vos	Le titulaire de la police et/ou ses personnes à charge .

Services généraux :

+44 (0) 1273 323 563

Demandes d'ordre médical :

+44 (0) 1273 333 911

Vos appels sont susceptibles d’être enregistrés ou écoutés.

Bupa Global vous propose :

- Des programmes médicaux mondiaux pour individus et groupes
- Une couverture assistance, rapatriement et évacuation
- Une assistance téléphonique multilingue 24h/24

bupaglobal.com

Pour les services aux U.S.

Blue Cross Blue Shield Global
US Service Center
Palmetto Bay Village Center
17901 Old Cutler Road, Suite #400
Palmetto Bay, FL 33157

info@bupaglobalaccess.com
+1 786-257-4741

Bupa Global Designated Activity Company (**Bupa Global** DAC), opérant sous le nom de **Bupa Global**, est une société par actions immatriculée en Irlande sous le numéro 623889 et dont le siège social est situé au deuxième étage, 10 Pembroke Place, Ballsbridge, Dublin 4, DO4 V1W6.

Bupa Global DAC, opérant sous le nom de **Bupa Global**, est régulé par la Central Bank of Ireland.

Global Virtual Care, **Bupa** Lifeworks et le deuxième avis médical ne sont pas réglementés par la Central Bank of Ireland.