RESUME DE COUVERTURE WRLIFE MICRO COVER FRANCAIS

MODULE 1 HOSPITALISATION	MICRO PLAN 1	MICRO PLAN 2	MICRO PLAN 3
Limite maximale/personne/an Franchise possible de $0 à $5000	**1,000 USD**	**2,000 USD**	**5,000 USD**
Chambre semi privée ou privée et pension par jour	20 USD (Maximum de 180 jours)	40 USD (Maximum de 180 jours)	80 USD (Maximum de 180 jours)
Chambre de réanimation, soins intensifs par jour	50 USD	60 USD	100 USD
Dépenses hospitalières	300 USD	500 USD	1,000 USD
Chirurgie	500 USD	1,000 USD	1,500 USD
Anesthésiste	Inclus dans les soins d'hospitalisation	Inclus dans les soins d'hospitalisation	Inclus dans les soins d'hospitalisation
Services médicaux et visites externes liés à une hospitalisation, chirurgie ambulatoire	Inclus dans les soins d'hospitalisation	Inclus dans les soins d'hospitalisation	Inclus dans les soins d'hospitalisation
Lit d'accompagnement pour un enfant de moins de 16 ans hospitalisé	100%	100%	100%
Soins ambulatoires d'urgence (accident seulement avec chirurgie)	90 USD	100 USD	130 USD
Ambulance (Limité à un voyage à l'hôpital le plus proche)	80 USD	100 USD	150 USD
Soins à domicile Les soins doivent débuter après la sortie d'hôpital et doivent être suivi médicalement jusqu'à 30 jours	100% jusqu'à 200 USD/an	100% jusqu'à 250 USD/an	100% jusqu'à 300 USD/an
Cancérologie en hospitalisation et visite externe	800 USD	900 USD	1,000 USD
Transplantation d'organe	Inclus dans les soins d'hospitalisation	Inclus dans les soins d'hospitalisation	Inclus dans les soins d'hospitalisation
HIV	100 USD	150 USD	200 USD
Dialyse	300 USD	500 USD	1,000 USD
Extension de la couverture dans le monde entier en cas d'accident ou de maladie accidentelle lors d'un voyage de 7 semaines maximum (sauf USA)	100% jusqu'à 70 USD/an	100% jusqu'à 80 USD/an	100% jusqu'à 90 USD /an
Extension de la couverture dans le pays de naissance ou d'origine, sauf USA	COUVERT	COUVERT	COUVERT
Condition médicale préexistante	A considérer	A considérer	A considérer
Délai de carence	Covid 14 jours	Covid 14 jours	Covid 14 jours

MODULE 2 OPTION VISITES EXTERNES	MICRO PLAN 1	MICRO PLAN 2	MICRO PLAN 3
Limite maximale/personne/an	**400 USD**	**500 USD**	**1,000 USD**
Par visite	40 USD/visite	50 USD/visite	70 USD/visite
Kinésithérapie, chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et acupuncteur (avec consentement préalable)	15 USD/session et 400 USD/ an	20 USD/session et 400 USD/ an	25 USD/session et 400 USD/ an
Check Up	PAS COUVERT	PAS COUVERT	PAS COUVERT
MODULE 3 OPTION DENTAIRE	**MICRO PLAN 1**	**MICRO PLAN 2**	**MICRO PLAN 3**
Limite maximale/personne/an	**40 USD/an**	**60 USD/an**	**100 USD/an**
Soin dentaire seulement	20 USD/visite	30 USD/visite	60 USD/visite
Délai de carence	10 mois	10 mois	10 mois
OPTIQUE	**MICRO PLAN 1**	**MICRO PLAN 2**	**MICRO PLAN 3**
Limite maximale/personne/an	**30 USD/an**	**50 USD/an**	**100 USD/an**
Verres de lunettes prescrites, montures et lentilles de contact	20 USD/visite	30 USD/visite	50 USD/visite
Cataracte et dégénérescence Maculaire (visites internes et externes)	PAS COUVERT	PAS COUVERT	PAS COUVERT
Délai de carence	10 mois	10 mois	10 mois