

**CONDITIONS GENERALES
ASSURANCE MALADIE
COMPLEMENTAIRE**

SOMMAIRE

PREAMBULE

PREMIERE PARTIE : DEFINITIONS

DEUXIEME PARTIE : DISPOSITIONS GENERALES

- Titre 1 : Formation du contrat
- Titre 2 : Durée du contrat
- Titre 3 : Déclaration à la souscription
- Titre 4 : Primes
- Titre 5 : Sinistres
- Titre 6 : Exclusions.

TROISIEME PARTIE : EXPOSE DES GARANTIES

- Titre 1 : Objet et étendue des garanties
- Titre 2 : Remboursement des frais et soins médicaux

ANNEXES

- Annexe 1 : Extraits des articles du Code CIMA
- Annexe 2 : Articles et décrets relatifs à la CMU

PREAMBULE

1. LE PRESENT CONTRAT EST REGI PAR :

- Le Code des Assurances des Etats membres de la CIMA (Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances),
- La loi N° 2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture Maladie Universelle (CMU)

2. LE PRESENT CONTRAT EST COMPOSE PAR :

- Les présentes CONDITIONS GENERALES
- La PROPOSITION D'ASSURANCE, document qui comprend la déclaration et l'engagement du SOUSCRIPTEUR et qui est signée par ce dernier.
- Les CONDITIONS PARTICULIERES établies par l'assureur à partir de la PROPOSITION D'ASSURANCE ci-dessus.

3. LE PRESENT CONTRAT UTILISE DANS SA REDACTION :

Certains termes et expressions propres à la technique de l'assurance.

La définition de chacun de ces mots se trouve dans la première partie.

PREMIERE PARTIE : QUELQUES DEFINITIONS

1. **Accident** : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure constatée par un médecin diplômé inscrit au Tableau de l'Ordre du pays d'exercice, à l'exception des accidents de travail.
2. **Entente préalable** : Certains actes ou traitements sont remboursés seulement s'ils font l'objet d'un accord préalable de l'Assureur sur demande du bénéficiaire.
3. **Année d'assurance** : Période de (12) douze mois s'écoulant sans interruption entre la date d'effet du contrat et sa date d'échéance.
4. **Assuré** : Toute personne physique préalablement assujettie au régime obligatoire d'assurance maladie de la CNAM et en règle à l'égard de cette dernière, bénéficiaire des garanties prévues au contrat et désignée sous ce nom aux Conditions Particulières.
5. **Assureur** : dénomination de la société d'assurance.
6. **Bulletin d'adhésion** : Document fourni par l'Assureur comprenant un questionnaire médical à renseigner, à signer par l'assuré et faisant partie du contrat.
7. **Bénéficiaire** : Ayant droit assuré et adhérent bénéficiant de la garantie.
8. **Code CIMA** : Le Code des Assurances des Etats membres de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances (CIMA)
9. **Conditions Générales** : Règles qui régissent, dans le cas général, le contrat. Elles s'appliquent à l'ensemble des contrats du même type et expliquent, exhaustivement, le fonctionnement de toutes les garanties.
10. **Conditions Particulières** : Elles définissent les garanties pour lesquelles l'assuré a opté.
11. **Contrat d'assurance** : Ensemble des documents confectionnés par l'assureur, comportant :
 - Les Conditions Générales
 - Les Conventions Spéciales,
 - Les conditions Particulières,
 - Le tarif,
 - Le barème des honoraires médicaux,
 - Le réseau de soins et pharmacies,et constatant les engagements des parties (Assureur, Souscripteur, Adhérent, Assuré).
12. **Déchéance** : Perte à titre de sanction, du droit à la garantie à l'occasion d'un sinistre, faute par l'Assuré d'avoir rempli certaines obligations dans les délais prescrits par le contrat.

- 13. Délais d'attente ou de carence** : Période suivant immédiatement la date d'effet du contrat d'assurance au cours de laquelle les frais qui sont engagés pour cause de maladie, accident ou maternité ne sont pas pris en charge par l'assureur.
- 14. Echéance principale** : La date prévue pour le renouvellement du contrat et indiquée sous cette rubrique aux Conditions Particulières.
- 15. Feuille de soins** : Imprimé mis à la disposition du souscripteur par la société d'assurance, pour permettre à l'assuré et à l'adhérent de faire la déclaration des dépenses de santé pré financées.
- 16. Franchise ou ticket modérateur** : La quotité laissée à la charge de l'assuré sur les prestations déterminées aux Conditions Particulières.
- 17. Garantie** : Couverture d'un risque par l'assureur en contrepartie d'une prime.
- 18. Hospitalisation** : Séjour en qualité de patient d'au moins 24 heures, prescrit par un médecin dans un établissement habilité à dispenser des soins, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'un accouchement.
- 19. Maladie** : Altération de la santé comportant un ensemble de caractères définis, constatée par une autorité médicale compétente.
- 20. Prescription** : Extinction des droits nés du contrat d'assurance après un certain délai.
- 21. Prime (ou cotisation)** : La somme que doit payer le Souscripteur en contrepartie de la garantie de l'Assureur.
- 22. Résiliation** : Cessation du contrat soit de plein droit, soit à l'initiative de l'un des contractants.
- 23. Sinistre** : La survenance d'une maladie ou d'un accident autre que les accidents de travail sur la personne de l'assuré.
- 24. Souscripteur** : Personne physique ou morale signataire de la police, pouvant agir tant pour elle-même que pour le compte de l'assuré et qui s'engage au paiement de la prime.
- 25. Surprime** : Prime supplémentaire correspondant aux risques spéciaux ou aggravés dont l'assuré demande la garantie.
- 26. Coût de police** : Frais liés à la mise en place di contrat d'assurance.

27. Tiers payant : Mécanisme de gestion par lequel l'assuré est dispensé de payer à l'avance des frais qui sont directement pris en charge par la société d'assurance, sans pour autant devenir l'objet de l'assurance maladie.

28. Couverture Maladie Universelle : Régime Obligatoire d'assurance maladie en Côte d'Ivoire.

DEUXIEME PARTIE : DISPOSITIONS GENERALES

Titre 1 : FORMATION DU CONTRAT

Le contrat est parfait dès sa signature par les parties sous réserve des causes ordinaires de nullités et sauf l'effet des dispositions de l'article 18 du Code CIMA.

Le contrat ne produit ses effets qu'à la date fixée sur la proposition d'assurance reprise aux Conditions Particulières et au plus tôt, après le paiement de la prime.

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant intervenant au contrat.

Titre 2 : DUREE DU CONTRAT

2.1 DUREE DU CONTRAT

Le contrat est conclu pour la durée fixée aux Conditions Particulières ; cette durée ne peut excéder un an.

Lorsque le contrat contient une clause de tacite reconduction il est, à son expiration, reconduit automatiquement d'année en année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties au moins **deux (02) mois** avant la date d'échéance.

La périodicité d'un contrat à tacite reconduction ne peut excéder **une (01) année**.

2.2 MODALITE DE RESILIATION

Le contrat peut être résilié par l'une ou l'autre des parties contractantes, conformément à l'Article 21 du Code CIMA.

Il peut être mis fin au contrat par :

2.2.1 Le souscripteur

- Par lettre recommandée avec accusé de réception. Le point de départ de la résiliation est la date de réception de cette lettre ;
- Par déclaration faite contre récépissé au siège social de l'assureur ou à son représentant ;
- Par acte extra judiciaire ;
- Par tout autre moyen indiqué aux Conditions Particulières.

2.2.2 L'assureur

- Par acte Extrajudiciaire
- Par lettre recommandée contre avis de réception envoyée à la dernière adresse connue du SOUSCRIPTEUR.

2.3 CONDITIONS DE RESILIATION

Le contrat peut être résilié dans les conditions suivantes :

2.3.1 Par le SOUSCRIPTEUR ou l'ASSUREUR

- A chaque échéance annuelle moyennant un préavis de **deux (02) mois**.
- En cas de survenance d'un des évènements suivants :
 - Changement de domicile ;
 - Changement de situation ou régime matrimonial ;
 - Changement de profession ;
 - Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;
 - Lorsque le contrat a pour objet la garantie de risque en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

La résiliation ne peut intervenir que dans les **trois (03) mois** qui suivent la date de l'évènement. Elle prend effet **un (01) mois** après que l'autre partie au contrat en a reçu notification (article 25 du Code CIMA).

2.3.2 Par le Souscripteur/Assuré

- En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées dans la police, si l'Assureur refuse de réduire la prime en conséquence (article 15 du Code CIMA) ;
- En cas de résiliation par l'Assureur, après un sinistre, d'un autre contrat souscrit auprès de la même compagnie (article 23 du Code CIMA) ;

2.3.3 Par l'Assureur

- En cas de refus de majoration de la prime consécutive à la révision du tarif.
- En cas d'aggravation du risque au cours du contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait pas fait sans une surprime plus élevée.
Cette disposition n'est pas applicable lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié (article 15 du Code CIMA) ;
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque, à la souscription ou en cours de contrat (article 19 du Code CIMA) ;

- En cas de chèques et effets revenus impayés et non régularisés dans un délai de huit (08) jours ouvrés à compter de la réception de l'acte ou de la lettre de mise en demeure ;
- En cas d'aggravation du risque, si vous n'acceptez pas la tarification qui vous est proposée.

2.3.4 Par la masse des créanciers du Souscripteur

- En cas de mise en demeure judiciaire ou de liquidation des biens du Souscripteur.

2.3.5 De plein droit

- En cas de non-paiement des primes (article 13 du Code CIMA) ;
- En cas de retrait total de l'agrément de l'assureur (article 17 et 325-11 du Code CIMA) ;

Titre 3 : DECLARATION A LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE CONTRAT

Le contrat est établi d'après les déclarations et engagements du SOUSCRIPTEUR consigné dans la PROPOSITION D'ASSURANCE et la PRIME est fixée en conséquence.

3.1 A LA SOUSCRIPTION

Le souscripteur est obligé :

- 1°) de payer la prime aux époques convenues ;
- 2°) de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ;

Il s'agit en particulier :

- du Régime de Prévoyance Obligatoire ou de Sécurité Sociale dont bénéficie chaque assuré.
- du nom, prénom, date de naissance et sexe de chaque personne à garantir.
- de sa profession, ses modalités d'exercice ainsi que, d'une manière générale, toutes activités constituant une aggravation notoire du risque.
- de sa situation matrimoniale
- des sports pratiqués

- de répondre pour chaque assuré, au questionnaire médical dont l'imprimé est fourni par l'assureur, et en particulier s'il est atteint de maladies, d'infirmités ou d'affections chroniques.

Les mêmes formalités s'imposent à tout nouvel assuré y compris le nouveau-né.

L'assureur se réserve à tout moment la faculté d'exiger des compléments d'information.

Les sanctions prévues aux articles 18 et 19 du Code CIMA sont applicables en cas de fausses déclarations, de déclarations inexactes ou incomplètes.

3.2 EN COURS DE CONTRAT

Le souscripteur doit déclarer toutes les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 3.1 ci-dessus.

En outre le souscripteur s'engage à faire parvenir à l'assureur les documents suivants :

- les déclarations relatives aux incorporations ou radiations et autres modifications à prendre en considération ;
- toute infirmité ou maladie grave dont l'assuré viendrait à être atteint ;
- toute modification aux circonstances indiquées aux Conditions Particulières, conformément à l'article 25 du code des assurances CIMA.

3.2.1 Modification du Contrat

L'étendue des garanties prévue par le Contrat est définie en fonction de la législation en vigueur à la date d'effet du Contrat.

En cas de modification de cette législation, de nature à remettre en cause la portée des engagements réciproques, les Parties se réservent la possibilité de revoir ces conditions conformément aux termes du paragraphe ci-dessous.

Lorsque l'assureur ou le Souscripteur demande la révision des termes du Contrat suite à une modification de la législation ou des coûts des actes médicaux :

- tant qu'un accord écrit n'est pas intervenu, les engagements réciproques des Parties ne seront pas modifiés (et les engagements de l'assureur restent, sous réserve de l'application de dispositions d'ordre public et d'application immédiate suite à l'application de la législation, limités en montant à ce qu'ils étaient avant la modification de la législation.
- en cas de désaccord des Parties sur la modification du contrat, chaque Partie a le droit de mettre fin au contrat dans son ensemble, par lettre

recommandée, au plus tard dans les **trente (30) jours** suivant la notification écrite du refus d'accord sur la modification proposée par l'autre Partie.

- une fois un accord écrit intervenu entre les Parties, les modifications du Contrat prennent effet à la date où l'avenant est annexé au Contrat.

L'application immédiate des dispositions d'ordre public n'a pas à donner lieu à un accord préalable des Parties ni à un avenant annexé au Contrat. Elles sont directement et immédiatement applicables.

3.2.2 Autres assurances

Le souscripteur ou l'assuré doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assureurs, et indiquer le taux de garantie et les barèmes et les plafonds de garanties (**Article 34 du Code CIMA en annexes**).

3.2.3 Sanctions.

Toute réticence, fausse déclaration, omission ou une inexactitude dans la déclaration des circonstances peut être sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, par :

- **La nullité du contrat, en cas de mauvaise foi du Souscripteur ou de l'Assuré (Article 18 du Code CIMA) ;**

- **La réduction des prestations, si la mauvaise foi du Souscripteur ou de l'Assuré n'est pas établie, réduction en proportion des primes payées, par rapport aux primes qui auraient été dues, si les risques avaient été exactement et complètement déclarés (Article 19 du Code CIMA).**

Titre 4 : PRIMES.

4.1 LIEU DE PAIEMENT

La prime est payable au domicile de l'assureur ou de l'intermédiaire. Elle peut être payée en espèces, par chèque, par virement bancaire, au plus tard à la date précisée aux Conditions Particulières.

Toutefois, les règlements en espèces chez un intermédiaire ne doivent pas excéder **un (01) million** de francs CFA par police.

En cas de règlements par chèque, celui-ci doit obligatoirement être libellé à l'ordre de l'assureur quel que soit l'intermédiaire.

4.2 DATE DE PAIEMENT

La Prime est payable d'avance à la souscription du contrat. Si le contrat contient une clause de tacite reconduction, la prime est payable d'avance à l'échéance du contrat.

4.3 DEFAUT DE PAIEMENT

Si la prime n'est pas payée dès réception des pièces contractuelles et au plus tard à la date d'effet indiquée aux Conditions Particulières, le contrat est résilié de plein droit.

Lorsqu'un chèque ou effet remis en paiement de la prime revient impayé, l'assuré est mis en demeure de régulariser le paiement dans un délai de huit (8) jours ouvrés à compter de la réception de l'acte ou de la lettre de mise en demeure.

A l'expiration de ce délai, si la régularisation n'est pas effectuée, le contrat est résilié de plein droit.

La portion de prime courue reste acquise à l'assureur, sans préjudice des éventuels frais de poursuite et de recouvrement.

4.4 CALCUL DE LA PRIME

Le montant de la prime à laquelle s'ajoutent les taxes en vigueur, ainsi qu'éventuellement les frais accessoires, est calculé selon le tarif en vigueur. Il est indiqué aux Conditions Particulières.

4.5 REVISION DU TARIF - Dépassement des plafonds garantis, des tarifs ou barèmes des honoraires médicaux annexés au contrat :

La prise en charge des soins de santé s'effectue sur la base des barèmes de remboursement et actes médicaux annexés au contrat d'assurance santé ou avenant en vigueur.

Aucune modification unilatérale des tarifs ou barèmes des honoraires médicaux, ne pourra s'appliquer aux contrats d'assurance santé.

Toutefois, à la demande expresse de l'assuré et d'accord parties, la prime nette et le barème de remboursement du contrat pourront être modifiés, en cas de variation à la hausse des tarifs ou barèmes des honoraires médicaux, moyennant une prime supplémentaire corrélative.

Le SOUSCRIPTEUR dispose de la faculté de résilier le contrat dans les quinze (15) jours de cette information, soit par lettre recommandée, soit par acte extrajudiciaire soit par déclaration faite contre récépissé.

4.6 AJUSTABILITE DE LA PRIME EN FONCTION DES RESULTATS

Chaque année, il sera procédé au calcul des résultats techniques de la police afin de déterminer le rapport Sinistres/Primes.

Par sinistres, il faut entendre le total des indemnités payées et provisions pour sinistres à payer aux assurés bénéficiaires du contrat pour la période considérée, quelle qu'en soit la date de comptabilisation.

Par primes, il faut entendre le montant total des primes nettes de coût de police et taxes, acquises au titre de l'exercice écoulé, quelle que soit la date d'émission et d'encaissement de ces primes.

En fonction du résultat technique obtenu par le rapport S/P, il est procédé à l'ajustement de la prime pour déterminer les primes du nouvel exercice suivant le barème d'ajustement fixé ci-après :

Rapport Sinistres / Prime (S/P)	Pourcentage d'ajustement
Inférieur à 46%	Réduction de 15%
De 46% à 65%	Réduction de 10%
De 66% à 70%	Aucune modification
De 71% à 80%	Majoration de 15%
De 81% à 90%	Majoration de 20%
De 91% à 100%	Majoration de 30%
De 101% à 110%	Majoration de 35%
De 111% à 115%	Majoration de 45%
Au-delà de 115%	Résiliation pour ordre de la police en vue d'une nouvelle étude statistique

Les résultats techniques provisoires seront communiqués à l'Assuré **quarante-cinq (45) jours** avant l'échéance. L'Assureur établira un avis d'échéance de prime provisionnelle calculée sur la base du barème fixé aux Conditions Particulières, additionnée du coût de police et des taxes en vigueur.

Le souscripteur s'engage à régler immédiatement cette prime provisionnelle, la prise d'effet du contrat étant subordonnée au paiement de la prime (article 13 du Code CIMA).

La prime provisionnelle émise sera régularisée par avenant, d'une part sur la base de l'effectif réel à prendre en compte à l'échéance, et d'autre part après application de la clause d'ajustement.

Lorsque ceux-ci entraîneront une majoration de la prime, l'Assuré aura la faculté de demander la résiliation du contrat dans les **trente (30) jours** suivant la notification par l'assureur.

En cas de non-transmission par l'Assuré d'une lettre de résiliation dans le délai prévu, la résiliation de plein droit pour non-paiement de la prime visée à l'article 13 du Code CIMA peut donner droit à l'Assureur au paiement par l'Assuré, de dommages-intérêts. Ces dommages-intérêts sont fixés à 25% de la prime nette de renouvellement.

Toutefois, l'Assureur qui n'a pas transmis l'avis d'échéance conformément aux dispositions de l'article 14, ne peut se prévaloir du non-paiement de la prime de renouvellement par l'Assuré.

Titre 5 : SINISTRES

5.1 DELAIS DE DECLARATION

Le Souscripteur ou l'Assuré (ou leurs ayants droits bénéficiaires) doit déclarer dès qu'il en a connaissance et au plus tard, dans les délais prescrit aux Conditions Particulières, tout sinistre de nature à mettre en cause la garantie de l'assureur.

En ce qui concerne les remboursements de soins et de frais consécutifs à une maladie ou à un accident, toutes les pièces justificatives donnant droit à remboursement doivent être **OBLIGATOIREMENT** remises à l'assureur dans les **quinze (15) jours** qui suivent la cessation du traitement si la maladie dure moins de **trois (03) mois** ou dans les **quinze (15) jours** suivant l'expiration de chaque trimestre si les soins durent plus de **trois (03) mois**. Il s'ensuit que l'assureur ne devra aucun remboursement au titre des pièces qui lui parviendront après ces délais, sauf si le retard est imputable à un cas fortuit ou de force majeure.

5.2 REDACTION DE LA DECLARATION

Pour déclarer un sinistre, le SOUSCRIPTEUR (ou l'assuré ou l'ayant droit) doit utiliser, dans toute la mesure du possible, l'imprimé remis par l'assureur avec le contrat.

5.3 AUTRES MESURES A PRENDRE

Le SOUSCRIPTEUR (ou l'assuré ou les ayants droits) doit :

5.3.1 En cas de demande de remboursement de soins et de frais, transmettre toutes les pièces justificatives des frais exposés :

- notes d'honoraires des praticiens

- notes de frais pharmaceutiques
- factures de cliniques ou d'hôpitaux avec rapport médical adressé sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'assureur
- ordonnances
- feuilles de décomptes de remboursement des Régimes Obligatoires.

5.3.2 En cas d'accident :

- une déclaration faite dans les meilleurs délais, indiquant la date, le lieu, la nature et les circonstances du sinistre ;
- un certificat médical ;
- tout document permettant à l'assureur d'exercer un recours auprès du tiers responsable.

5.3.3 Délais de règlement.

Le règlement des sinistres est effectué dans le délai de **quinze (15) jours** à compter de la date de réception par l'assureur de toutes les pièces justificatives des frais réellement exposés.

En cas de non-respect de ce délai, l'assureur s'expose à une pénalité fixée par une décision du Directeur Général du Trésor et de la Comptabilité Publique.

5.4 DISPOSITIONS PARTICULIERES

5.4.1 Traitement des réclamations/Litiges/Désaccords

En cas de contestation soit d'ordre médical, soit sur l'application du contrat en général entre le souscripteur, l'assuré ou tout autre bénéficiaire de prestations et l'assureur, (le règlement des prestations, l'exagération des soins donnés ou des sommes réclamées par rapport aux affections traitées...), les parties s'engagent, avant tout recours à la voie judiciaire, à recourir à la procédure d'arbitrage-expertise telle que décrite ci-dessous au 5.4.2

5.4.2 : Arbitrage - Expertise

Les parties s'engagent à s'en rapporter à l'avis de **deux (02)** médecins arbitres désignés respectivement par chacune des parties.

Dans le cas où les deux médecins arbitres n'arrivaient pas à se mettre d'accord sur l'avis à donner, ils seraient tenus de choisir un 3^{ème} médecin tiers arbitre afin de les départager.

Faute d'entente sur son choix, la décision serait faite par le tribunal compétent à la requête de la partie la plus diligente.

L'avis du troisième médecin arbitre s'impose à toutes les parties.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son expert et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers-expert et les frais de sa nomination.

5.5 SECRET PROFESSIONNEL

L'assureur est tenu au secret professionnel sur tous les renseignements dont il a connaissance ou des pourparlers précontractuels.

L'Assuré aura la faculté de remettre directement au médecin conseil de l'Assureur, sous enveloppe cachetée, les documents relatifs à son état.

5.6 MONNAIE DU CONTRAT

Il est convenu entre les parties que les règlements concernant les accidents ou maladies survenus en dehors du territoire de souscription se font dans la monnaie ayant cours légal en Côte d'Ivoire.

5.7 SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article 42 du code CIMA, l'Assureur est subrogé à concurrence des indemnités qu'il a versées, dans les droits de l'assuré contre tout responsable du sinistre.

Si la subrogation ne peut plus, du fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'Assureur, l'Assureur est exonéré de sa garantie envers celui-ci, dans la proportion où aurait pu s'exercer la subrogation.

5.8 PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par **deux (02) ans** à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions déterminées par les articles 28 et 29 du Code CIMA.

5.9 PRECISION SUR LE : « SYSTEME TIERS PAYANT »

Le contrat d'assurance maladie est un contrat de **remboursement**.

Il est convenu que les prises en charge dans le cadre du « système tiers Payant » ne sont que des modalités non obligatoires de gestion consenties par l'assureur. Par conséquent, le tiers payant n'est ni un droit dont peut se prévaloir l'assuré, ni une obligation opposable à l'assureur, et peut être suspendu à tout moment.

Toutefois, cette suspension n'entraîne pas celle du remboursement des prestations de la police d'assurance, lorsque la suspension n'est pas consécutive au non-paiement de la prime ou d'une portion de prime.

Titre 6 : EXCLUSIONS

6.1 EXCLUSIONS D'ORDRE GENERAL

6.1.1 Toutes anomalies, infirmités, défaut corporel, maladies congénitales ou non, existant à la date de prise d'effet du contrat ou avant la fin des périodes de carence ainsi que leurs conséquences.

6.1.2 Les conséquences des maladies ou accidents résultant d'actes intentionnels, ou avec la complicité de l'assuré, de fautes dolosives de l'assuré ou du bénéficiaire des indemnités ; le suicide ou la tentative de suicide.

6.1.3 Les conséquences des évènements suivants :

- de la guerre civile ou étrangère, de la manipulation ou de la détention par l'assuré d'engins de guerre ;

- des tremblements de terre, d'éruptions volcaniques, de raz de marée, d'inondations et tous cataclysmes, d'épidémie ou de pandémie ;

- Les conséquences des évènements, activités ou situations suivantes : les épidémies et pandémies y compris les périodes de quarantaine et les gardes de surveillance liées à celles-ci ;

- toute autre catastrophe sanitaire définie par les autorités compétentes et les frais y afférents ;

- de grèves, émeutes ou mouvements populaires, d'actes de terrorisme ou de sabotage, d'attentats, d'actes de piraterie aérienne, lorsque l'assuré y prend une part active ;

- de la participation à un duel, à un crime, à une grève ou des émeutes et mouvements populaires ;

- de la désintégration du noyau atomique ou de rayonnements ionisants. Toutefois, la garantie reste acquise lorsque les lésions causées par des thérapeutiques à la base de rayons ou d'irradiations, résultent de la mauvaise utilisation ou du fonctionnement défectueux d'un appareil manipulé par un membre du corps médical, autre que l'assuré lui-même ou sont la conséquence d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un sinistre garanti ;

- des conséquences de l'ionisation et de la pollution chimique ou nucléaire ;

- de la pratique de tout sport à titre professionnel, de tout sport aérien, de la spéléologie, de la chasse sous-marine et de tous sports comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur ;

- de la pratique même à titre amateur de sports réputés dangereux : sports mécaniques, sports de combat, sport de glisse (nautique, terrestre sur neige ou sur glace), sports aérien (voltige, parachutisme, ULM, deltaplane, etc.), hockey sur glace ou sur gazon, polo, plongée sous-marine avec bouteille, alpinisme et escalade (varappe) saut à l'élastique ;
- des conséquences de la participation à toute compétition sportive amateur ou professionnelle, à des matchs ou paris ;
- de la navigation aérienne dans les conditions autres que passager à bord d'appareils de lignes aériennes appartenant à des sociétés agréées pour le transport public de voyageurs ;
- des conséquences d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ;
- tous les actes qui relèvent de la Médecine du Travail par les textes en vigueur, notamment les visites d'embauches, les visites de reprise du travail, les visites périodiques systématiques ;
- de la participation à des tentatives de records ou à des paris ;
- de la tentative ou de la manipulation d'explosifs, d'engins destinés à exploser ou d'armes autres que les armes de chasse ;
- de la présence de l'assuré sous les drapeaux à l'exclusion des périodes militaires en temps de paix n'excédant pas un mois ;
- de l'éthylisme, de l'ivresse, ainsi que de l'usage des drogues, stupéfiants ou médicaments non prescrits à des fins thérapeutiques ;
- la médecine naturelle et par les plantes, les consultations et les traitements donnés par les tradi-praticiens, rebouteux, naturopathes, hygiénistes ;
- les traitements ou soins préventifs, sauf stipulation aux Conditions Particulières ;

6.1.4 Les frais :

- de voyage et d'hébergement en cas de cure thermale, les frais de séjour en hôpital psychiatrique, en maison de repos, hospice de personnes âgées ;
- les séjours en milieu hospitalier qui serait exclusivement motivés par le fait que l'assuré se trouve dans un état morbide permanent considéré

comme non améliorable selon l'état des connaissances médicales de l'époque ;

- de traitement dit palliatif ;

- de traitements ou de soins préventifs, sauf stipulation aux Conditions Particulières.

AUTRES EXCLUSIONS SPECIFIQUES

Sont également applicables, toutes restrictions ou exclusions spécifiques relatives à chaque garantie et à l'état de santé de l'assuré, mentionnées aux Conditions Particulières de la police.

TROISIEME PARTIE : EXPOSE DES GARANTIES

Titre 1 : OBJET ET ETENDUE DES GARANTIES.

1.1 OBJET DU CONTRAT.

L'assurance maladie a pour objet de garantir à l'assuré le remboursement des frais de traitement nécessités par une maladie, une maternité ou un accident.

Le remboursement doit être effectué dans les **trente (30) jours** à compter de la production des pièces justificatives

En cas de non-respect de ce délai, l'assureur s'expose à une pénalité fixée par une décision du Directeur Général du Trésor et de la Comptabilité Publique.

Le remboursement est effectué dans la monnaie ayant cours légal en Côte d'Ivoire sur la base du barème, des plafonds de remboursement prévus aux Conditions Particulières et dans les limites des frais réellement exposés.

Pour tout acte médical, l'Assureur suit les bases du tarif publié par le Syndicat des médecins privés de Côte d'Ivoire et en cas de tiers payant, le tarif négocié avec chaque prestataire. S'il existe une différence entre les frais exposés et le tarif des prestations susmentionnées, l'assureur retiendra le tarif le moins élevé.

Les actes médicaux et leur facturation sont régis par la Nomenclature Générale des Actes de Médecine et de Biologie de Côte d'Ivoire (NGAMB-CI) applicable en Côte d'Ivoire.

Toute prestation non garantie expressément aux Conditions Particulières ne pourra donner lieu à un remboursement.

1.2 CONDITIONS D'ADHESION.

Ne peuvent adhérer au contrat que les personnes préalablement assujetties au régime obligatoire d'assurance maladie de Côte d'Ivoire et en règle à l'égard de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Avant la souscription du contrat, l'assuré doit remplir correctement et signer le questionnaire médical fournissant à l'Assureur les déclarations sur la base desquelles le contrat est conclu.

Les mêmes formalités s'imposent à tout nouvel assuré y compris le nouveau-né.

L'assureur se réserve à tout moment la faculté d'exiger les compléments d'information. Les sanctions prévues aux articles 18 et 19 du Code CIMA sont applicables en cas de déclarations inexactes ou incomplètes.

1.3 ETENDUE GEOGRAPHIQUE DE LA GARANTIE

Le contrat produit ses effets dans le territoire de souscription notamment en Côte d'Ivoire.

Toutefois, elle peut être étendue hors de la Côte d'Ivoire dans les limites et conditions définies aux Conditions Particulières.

1.4 PERIODE DE GARANTIE

Les garanties s'exercent pour les accidents, pour les maladies dont la première constatation médicale a lieu pendant la période de validité du contrat qui s'étend de façon ininterrompue de la date de prise d'effet à la date de fin de contrat ou de la résiliation qui met fin au contrat, et ce, sous réserve des dispositions suivantes :

1.4.1 Délais d'attente

Sauf dispositions contraires mentionnées aux Conditions Particulières du contrat, le remboursement des frais médicaux ne pourra être effectué qu'après expiration d'un délai maximum de quarante-cinq (45) jours, à compter de la date d'adhésion au contrat d'assurance.

1.4.2 A la prise d'effet du contrat pour les accidents et, dans tous les cas, pour les enfants nés après la prise d'effet du contrat pour lesquels la mère a été garantie antérieurement à la naissance. Toutefois, la garantie de l'assureur ne sera définitivement acquise pour ces enfants, qu'après examen d'un questionnaire médical dûment complété et signé qui devra être adressé à l'assureur dans les **trente (30) jours** suivant la naissance.

1.4.8 Fin des garanties

1.4.8.1 La garantie prend fin à l'expiration ou à la résiliation du contrat et au plus tard à l'échéance indiquée aux conditions particulières.

La garantie cesse également :

- de plein droit en cas de retrait d'agrément ;
- lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation pour non-paiement de la prime, ou inexactitude dans les déclarations du risque à la souscription ou en cours de contrat, les prestations cessent d'être dues à la date de la prise d'effet de la résiliation.

1.4.8.2 Maintien de la garantie après cessation du contrat

Lorsque le contrat fait l'objet d'une résiliation pour un motif autre que ceux énumérés ci-dessus, ou vient à expiration, les prestations garanties sont dues pendant une période de trois (3) mois à compter de la date de résiliation, pour les maladies et les accidents dont la première constatation médicale se situe pendant la période de validité du contrat et pour lesquelles des remboursements ont été effectués pendant ladite durée.

1.5 DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

1.5.1. Principes généraux de règlement des prestations

L'assurance ne peut être pour l'assuré une source de bénéfice.
Lorsque les prestations versées au titre du présent contrat viennent en complément des indemnités ou prestations de même nature versées par un régime de Prévoyance Obligatoire, l'assuré ne peut en aucun cas percevoir au total un montant supérieur à celui qui résulte de ses débours réels des taux contractuels de remboursement.

1.5.2 Engagement maximum

L'engagement maximum représente le montant en francs CFA que l'assureur aurait à payer pour un assuré, au titre de tous les sinistres survenus pendant l'année d'assurance.

L'engagement maximum de l'Assureur en cas de sinistre est fixé par personne et par famille aux Conditions Particulières.

1.5.3 Pièces justificatives.

Lorsque la garantie de l'assureur intervient à titre complémentaire, après remboursement par le Régime Obligatoire, les prestations sont accordées contre remise à l'assureur du décompte original faisant ressortir les débours de l'assuré.

1.5.4 Choix du praticien

L'assuré a le libre choix du médecin, du spécialiste, du chirurgien, du chirurgien-dentiste ou de l'auxiliaire médical, à la condition que ce dernier soit régulièrement diplômé et habilité par le ministère de la santé à l'exercice de la profession.

1.6 PERSONNES ASSUREES

Quand la famille de l'assuré est couverte avec lui, bénéficiant de l'assurance les personnes qu'il a désignées au bulletin d'adhésion et qui sont indiquées au contrat, dans les limites et conditions spécifiées aux Conditions Particulières.

Par ailleurs, les personnes assurées doivent déclarer les assurances de même nature dont elles bénéficient.

1.7 CLAUSE DE PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Conformément à la loi n° 2013-450 du 16 juin 2013 relative à la protection des données à caractère personnel, le souscripteur bénéficie d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant en s'adressant à l'assureur à son adresse officielle, par tout moyen pouvant laisser trace.

Titre 2 : REMBOURSEMENT DES FRAIS ET SOINS MEDICAUX

2.1 DEFINITION DES FRAIS ET SOINS GARANTIS ET DES FRAIS ET SOINS EXCLUS.

2.1.1 Sont garantis notamment :

L'assurance maladie garantit le remboursement des frais de traitement nécessités par un accident, une maladie ou une maternité.

Les prestations décrites ci-dessous, constituent l'ensemble des prestations que l'assureur peut garantir au titre du contrat. Cela n'implique pas que vous bénéficiez automatiquement de toutes ces prestations.

Vous ne bénéficiez que des garanties mentionnées expressément au tableau des garanties figurant aux Conditions Particulières du contrat ou à un avenant au contrat de base.

En fonction des garanties souscrites aux Conditions Particulières, les prestations du contrat portent sur :

2.1.2 Frais Médicaux

Ce que l'Assureur rembourse	Ce que l'Assureur ne rembourse pas sauf stipulation contraire aux conditions particulières
<ul style="list-style-type: none"> • Les frais de consultations médicales dispensés par des médecins titulaires d'un diplôme en médecine et inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins, des Chirurgiens-Dentistes titulaires d'un diplôme en chirurgie dentaire et inscrits au Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, des sages-femmes inscrites à l'Ordre des sages-femmes. • Les visites d'urgence au domicile du malade dispensées par le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) ou autre structure médicale d'urgence autorisée par la loi. • La pratique médicale courante et la petite chirurgie, accomplies par un médecin ou un auxiliaire diplômé. <p>Pour l'application du barème de remboursement, il faut entendre par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généraliste : le médecin diplômé d'Etat qui exerce la médecine générale. • Spécialiste : le médecin diplômé d'Etat qui s'attache à un genre de maladies ou aux maladies d'un système ou d'un organe en particulier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les visites d'embauches ; • Les visites périodiques imposées par le code du travail ; • Les visites prénuptiales ; • Les visites préscolaires ; • Les visites de bonne santé ou de surveillance systématique. • Les consultations des infirmiers.

2.1.3 Frais Pharmaceutiques

Ce que l'Assureur rembourse	Ce que l'Assureur ne rembourse pas sauf stipulation contraire aux conditions particulières
<p>Les médicaments et fournitures à caractère thérapeutique, prescrits par un médecin diplômé et délivrés par un pharmacien diplômé, exerçant dans une officine agréée par la législation en vigueur.</p> <p>Les prescriptions remboursées ne doivent pas dépasser une durée de traitement de trois (3) mois. Au-delà de cette période elles doivent faire l'objet de renouvellement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les médicaments prescrits par une personne autre qu'un praticien diplômé habilité par le Ministère de la Santé. • Les médicaments achetés sans prescription médicale. • Les médicaments fortifiants, vitamines et produits similaires. • Les produits d'hygiène corporelle ou alimentaire, de beauté, d'amaigrissement, de rajeunissement. • Les produits destinés à des soins esthétiques et les produits similaires ou dérivés sous quelque forme que ce soit.
<p>Les renouvellements d'ordonnances ne sont pris en charge que s'ils sont également prescrits par le praticien habilité par le Ministère de la Santé, la même ordonnance ne pouvant compter que deux renouvellements.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les hormones et médicaments à but contraceptif et contre la stérilité masculine et féminine. • Les traitements homéopathiques, la phytothérapie et la mésothérapie. • Les médicaments non agréés par le Ministère en charge de la Santé et les médicaments non remboursés par la CMU. • Les objets à usage médical : seringue sonde, perfuseurs cathéters, aiguilles et objets similaires. • Les accessoires médicaux tels que : thermomètre, vessie, poire à lavement, bac à lavement, bassin inhalateur, ventouse, gant, bandage, sparadraps gaines et bas de contention, minerve, béquille, chaussures orthopédiques etc. • Les eaux minérales et les eaux de préparation et autres eaux similaires. • La liste des produits cités est énumérative et non limitative.

2.1.4 Frais d'Hospitalisation

Ce que l'Assureur rembourse	Ce que l'Assureur ne rembourse pas sauf stipulation contraire aux conditions particulières
<p>Les frais d'hospitalisation en clinique ou en hôpital, prescrits médicalement en vue d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement, justifiés par un accident ou une maladie garantie et pour lesquels l'accord de l'Assureur a été donné.</p> <p>A cet effet un avis d'hospitalisation doit être transmis à l'Assureur par tout moyen.</p> <p>Cet avis d'hospitalisation doit comporter les noms et prénoms, l'âge de la personne malade, son numéro d'assuré, le motif, la durée de l'hospitalisation et le nom du traitant.</p> <p>Suite à cet avis, l'Assureur peut délivrer à l'Etablissement de soins une prise en charge en cas de garantie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les frais n'ayant pas reçu l'accord préalable de l'Assureur ; • Les frais relatifs aux cures thermales ; • Les frais de séjours dans les maisons de convalescence, de repos ou établissements similaires ; • Les suppléments n'ayant pas un caractère médical (téléphone, télévision, eaux minérales, couches et autres garnitures hygiéniques etc.) ; • Les hospitalisations pour asthénie ou fatigue, pour bilan de santé et cures de sommeil ; • Les soins à domicile n'ayant pas reçu l'accord préalable de l'Assureur.
<p>Sont remboursés également les actes médicaux et les frais de séjour y compris le service normal des infirmiers, prévus au barème des prestations, et les médicaments consommés.</p> <p>Les hospitalisations et soins à domicile lorsqu'ils sont prescrits par un praticien habilité par le Ministère de la Santé, à des personnes dans l'incapacité de se déplacer tels que : les infirmes, les malades grabataires et les malades en convalescence. Ces hospitalisations et soins à domicile sont soumis à la formalité d'entente préalable, sauf cas fortuit ou de force majeure.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les accessoires médicaux tels que thermomètres, seringues, perfuseurs cathéters, aiguilles, vessies, poires à lavement, bacs à lavement, bassins inhalateurs, ventouses, gants, bandes, sparadraps etc.

2.1.5 Transport du Malade

Ce que l'Assureur rembourse	Ce que l'Assureur ne rembourse pas sauf stipulation contraire aux conditions particulières
<p>Les frais de transport que l'assuré a exposés en tant que malade ou accidenté, en urgence ou sur l'ordre du praticien habilité par le Ministère de la Santé, à bord d'une ambulance ou d'un véhicule terrestre à moteur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les frais de transport pour consultation, examen de radio ou traitement spécial, que l'assuré a effectué en tant que malade non hospitalisé.

2.1.6 Honoraires Chirurgicaux et Frais Accessoires à Une Intervention Chirurgicale

Ce que l'Assureur rembourse	Ce que l'Assureur ne rembourse pas sauf stipulation contraire aux conditions particulières
<p>Les actes de chirurgie et de spécialité accomplis par un Praticien diplômé habilité par le Ministère de la Santé, les honoraires des anesthésistes, les frais de location de la salle d'opération, occasionnés par une maladie ou un accident garanti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions ayant pour but de remédier à toute anomalie, infirmité ou malformation constitutionnelle ; • La circoncision ; • Les traitements et opérations chirurgicales à but esthétique ; • Les traitements et opérations chirurgicales contre la cellulite et l'obésité ; • Les traitements et opérations chirurgicales de rajeunissement ; • Les interventions consécutives à une interruption de grossesse non imposée par l'état de santé de la mère et n'ayant pas reçu l'accord préalable du Médecin conseil de l'Assureur ; • Les objets et produits d'usage médical courant (thermomètre, bandes, cotons, vessies, sparadraps, alcool à 90° etc.) ; • Les prothèses, les implants.

2.1.7 Frais de Séjour de l'accompagnant

Ce que l'Assureur rembourse	Ce que l'Assureur ne rembourse pas sauf stipulation contraire aux conditions particulières
<p>Les frais de séjour de l'accompagnant en clinique ou à l'hôpital en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'un enfant d'un âge égal ou inférieur à 10 ans, si le séjour est prescrit par le praticien habilité par le Ministère de la Santé. Cette garantie joue pour la durée de l'hospitalisation de l'enfant. Le montant de la garantie par journée est limité à 25% du prix de journée remboursé pour la chambre de l'enfant.</p>	<p>Les frais de séjour en clinique ou à l'hôpital de l'accompagnant en cas d'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'un enfant d'un âge égal ou inférieur à 10 ans lorsque le séjour n'est pas justifié par demande expresse du médecin. • D'un enfant de plus de 10-ans. • Frais de séjour exclu par le régime obligatoire ;

2.1.8 Frais d'analyses et Examens

Ce que l'Assureur rembourse	Ce que l'Assureur ne rembourse pas sauf stipulation contraire aux conditions particulières
<p>Les frais d'analyses et d'examens exécutés par un laboratoire agréé par le ministère en charge de la santé et prescrits par un praticien habilité par le Ministère de la Santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les frais d'analyses et d'examens : <ul style="list-style-type: none"> ○ exécutés par un laboratoire non agréé par le ministère en charge de la santé ; ○ non prescrits par un praticien habilité par le Ministère de la Santé ; ○ relatifs aux affections non garanties et au dépistage des malformations ; ○ complémentaires à une visite d'embauche, pré-nuptiale, périodique ; • les tests de grossesse et d'allergie ; • les tests de recherche d'allergie ; • les bilans de santé ou check-up.

2.1.9 Frais d'imagerie Médicale

Ce que l'Assureur rembourse	Ce que l'Assureur ne rembourse pas sauf stipulation contraire aux conditions particulières
<p>Les frais d'imagerie médicale prescrits et exécutés par un praticien habilité par le Ministère de la Santé, ayant reçu l'accord préalable de l'Assureur, sauf urgence et actes d'imagerie non soumis à entente préalable.</p>	<p>Les frais d'imagerie médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • exécutés par un centre d'imagerie non agréé ; • non prescrits par un praticien habilité par le Ministère de la Santé ; • n'ayant pas reçu l'accord préalable de l'Assureur ; • complémentaires à une visite d'embauche, pré-nuptiale, périodique.

2.1.1.0 Actes De Spécialité

Ce que l'Assureur rembourse	Ce que l'Assureur ne rembourse pas sauf stipulation contraire aux conditions particulières
<p>Les traitements spéciaux prescrits par un praticien habilité par le Ministère de la Santé et faisant l'objet d'une prescription et/ou d'un rapport médical et d'une entente préalable. Il en est ainsi notamment pour les :</p> <ul style="list-style-type: none"> - actes d'électrothérapie, de radiothérapie ; - traitements par rayons ultra-violets, lumineux ou infrarouges (laser et autres) ; - traitements par dialyses rénales ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Les frais relatifs aux bilans : psychologiques, recherches de stérilités et d'infertilité ; • les frais relatifs aux traitements à but contraceptif ; • les leçons d'orthoptie ; • les soins ayants pour but de remédier à toute anomalie, infirmité ou malformation constitutionnelle.

2.1.1.1 FRAIS DE KINESITHERAPIE ET REEDUCATION

Ce que l'Assureur rembourse	Ce que l'Assureur ne rembourse pas sauf stipulation contraire aux conditions particulières
<p>Les frais relatifs à des séances de kinésithérapie et de rééducation prescrites par un praticien habilité par le Ministère de la Santé en vue de remédier aux conséquences d'une maladie ou d'un accident garanti et ayant reçu l'accord préalable de l'Assureur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tous les frais de kinésithérapie et de rééducation n'ayant pas reçu l'accord préalable de l'Assureur ; • rééducation périnéale et urogynécologique ; • acupuncture, physiothérapie ; • tous les frais de rééducation visuelle, respiratoire, auditive ; • massage, gymnastique de rééducation, séances de diathermie et d'hydrothérapie ; • la rééducation corrective des lordoses, scoliose, arthrose, etc. la liste est énumérative et non limitative.

2.1.1.2 FRAIS D'OPTIQUE

Ce que l'Assureur rembourse	Ce que l'Assureur ne rembourse pas sauf stipulation contraire aux conditions particulières
<p>Les frais d'acquisition ou de remplacement de verres ou lentilles de contact de correction de la vue, prescrits par un ophtalmologue dans les limites des plafonds prévus aux Conditions Particulières.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La monture sans les verres ; • Les verres et lentilles de contacts non prescrits par un ophtalmologue ; • Les verres afocaux et solaires. • Les verres prescrits après une visite systématique de masse

2.1.1.3 FRAIS DENTAIRES

Ce que l'Assureur rembourse	Ce que l'Assureur ne rembourse pas sauf stipulation contraire aux conditions particulières
<ul style="list-style-type: none"> • Les soins conservateurs exécutés par un Praticien diplômé et inscrit au tableau de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes ; • Lorsque leur remboursement est prévu aux Conditions Particulières : • Les prothèses dentaires ; • Les appareils d'orthodontie chez les enfants jusqu'à 14 ans dans les limites des plafonds prévus aux Conditions Particulières ; • Les frais de Prothèses dentaires et d'Orthodontie sont soumis à la formalité d'entente préalable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins à caractère esthétique (blanchiment, détartrage) ; • Les soins relatifs à une malformation constitutionnelle ; • Les prothèses dentaires pour lesquelles l'Assureur n'a pas donné son accord ; • Les autres prothèses ainsi que leurs accessoires prescrits médicalement ou non ; • Les appareils d'orthodontie chez les personnes âgées de plus de 14 ans ; • Les autres prothèses ainsi que leurs accessoires prescrits médicalement ou non.

2.1.1.4 FRAIS LIES A UNE MATERNITE

Ce que l'Assureur rembourse	Ce que l'Assureur ne rembourse pas sauf stipulation contraire aux conditions particulières
<ul style="list-style-type: none"> • LES FRAIS PRE ET POST-NATAUX • Il s'agit des frais occasionnés par la grossesse et ceux exposés pendant la période qui suit l'accouchement jusqu'au retour des couches. • En ce qui concerne les frais prénataux, seront remboursés au maximum les frais de quatre échographies et trois bilans prénataux. • LES FRAIS D'ACCOUCHEMENT • Il s'agit des frais médicaux et de séjour à l'hôpital ou en clinique liés à l'accouchement. • EN CAS DE COMPLICATIONS LIEES A L'ACCOUCHEMENT (fièvre puerpérale, phlébite, éclampsie, etc.) • Les frais médicaux sont remboursés dans les limites prévues en cas de maladie ou d'accident, et ce indépendamment du plafond pour les 	<ul style="list-style-type: none"> • Les frais liés à des fausses couches et ceux liés à des avortements, quelle qu'en soit l'origine. Ne sont pas assimilés à des fausses couches, les accouchements prématurés survenant après le cinquième mois de la grossesse ; • Les frais de grossesse et d'accouchement des enfants à charge de l'Assuré et incorporés dans le contrat.

frais d'accouchement normal prévus aux Conditions Particulières.

- EN CAS D'ACCOUCHEMENT NORMAL OU PAR VOIE CHIRURGICALE.
- Lorsqu'un forfait accouchement est prévu aux Conditions Particulières, en cas de complication(s) liée(s) à l'accouchement, celui-ci n'est plus versé et les frais médicaux sont remboursés dans les limites prévues en cas de maladie et d'accident aux Conditions Particulières.
- Les frais médicaux du nouveau-né malade ne seront pris en charge qu'à condition que l'enfant soit déclaré, à charge pour l'assuré principal de procéder aux formalités d'immatriculation auprès de la CNAM dans un délai maximum d'un (01) mois.

ANNEXE 1 :

Extraits des articles du Code CIMA

Article 13 du code CIMA – Paiement de la prime

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 11 avril 2011)

La prime est payable au domicile de l'assureur ou de l'intermédiaire dans les conditions prévues à l'article 541.

La prise d'effet du contrat est subordonnée au paiement de la prime par le souscripteur.

Il est interdit aux entreprises d'assurance, sous peine des sanctions prévues à l'article 312, de souscrire un contrat d'assurance dont la prime n'est pas payée ou de renouveler un contrat d'assurance dont la prime n'a pas été payée.

Par dérogation au principe énoncé aux alinéas précédents, un délai maximum de paiement de soixante jours à compter de la date de prise d'effet ou de renouvellement du contrat peut être accordé au souscripteur, pour les risques dont la prime du contrat excède quatre-vingt fois le SMIG annuel du pays de localisation à l'exception des contrats des branches automobile, maladie et marchandises transportées.

Toutefois, le souscripteur devra signer un engagement express à payer la prime du contrat avant l'expiration du délai prévu. Lorsque l'engagement express de payer la prime est matérialisé par un effet de commerce, le terme maximum stipulé ne peut excéder le délai de **soixante (60) jours** ci-dessus.

A défaut de paiement de la prime dans le délai convenu, le contrat est résilié de plein droit. La portion de prime courue reste acquise à l'assureur, sans préjudice des éventuels frais de poursuite et de recouvrement.

Les dispositions des alinéas 2 à 6 ne s'appliquent pas aux risques de l'Etat et de ses démembrements pour lesquels des délais de paiement de primes pourraient être accordés dans les conditions définies par la Commission Régionale de Contrôle des Assurances.

Les dispositions des alinéas 2 à 7 du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article 13-1 (Nouveau)

Chèques et effets impayés

Lorsqu'un chèque ou un effet remis en paiement de la prime revient impayé, l'assuré est mis en demeure de régulariser le paiement dans un délai de **huit (08) jours** ouvrés à compter de la réception de l'acte ou de la lettre de mise

de demeure. A l'expiration de ce délai, si la régularisation n'est pas effectuée, le contrat est résilié de plein droit.

La portion de prime courue reste acquise à l'assureur, sans préjudice des éventuels frais de poursuite et de recouvrement.

Article 13-2 (Nouveau)

Coassurance

Dans le cas de coassurance à quittance unique, l'apériteur doit reverser les parts de prime dues aux autres Co assureurs dans un délai de **quinze (15) jours** à compter de la réception du paiement de la prime ou portion de prime.

Les primes dues par l'apériteur et non reversées aux autres coassureurs produisent intérêt de plein droit au double du taux d'escompte dans la limite du taux de l'usure à compter de l'expiration du délai de reversement stipulé à l'alinéa précédent.

Article 15 du code CIMA – Aggravation et modification du risque

En cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'assureur a la faculté, soit de dénoncer le contrat en remboursant la fraction de prime non courue, soit de proposer un nouveau montant de prime.

Les dispositions du présent article ne sont applicables ni aux assurances sur la vie, ni à l'assurance maladie lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié.

Si, pour la fixation de la prime, il a été tenu compte de circonstances spéciales, mentionnées dans la police, aggravant les risques, et si ces circonstances viennent à disparaître au cours de l'assurance, l'assuré a le droit de résilier le contrat, sans indemnité, si l'assureur ne consent pas la diminution de prime correspondante, d'après le tarif applicable lors de la souscription du contrat.

L'assureur ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques quand, après en avoir été informé de quelque manière que ce soit, il a consenti au maintien de l'assurance.

Article 17 du code CIMA – Faillite ou liquidation judiciaire

En cas de faillite d'une entreprise d'assurance, les contrats qu'elle détient dans son portefeuille cessent de plein droit d'avoir effet le quarantième jour à midi, à compter de la publication dans un journal habilité à recevoir les annonces légales de la décision du retrait de l'agrément. Les primes sont dues proportionnellement à la période de garantie. Le syndic peut surseoir au paiement des sinistres.

Article 18 du code CIMA – Fausse déclaration intentionnelle : Sanctions

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article 80, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminuent l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article 19 du code CIMA – Fausse déclaration non intentionnelle

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée ou contresignée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 20 du code CIMA – Sanctions en cas de déclaration tardive et clauses de déchéances prohibées

Sont nulles :

1° lorsqu'elle est prévue par une clause du contrat, la déchéance pour déclaration tardive au regard des délais prévus au 3° et 4° de l'article 12 ne peut être opposée à l'assuré que si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Elle ne peut également être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure ;

2° toutes clauses générales frappant de déchéance l'assuré en cas de violation des lois et règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel ;

3° Toutes clauses frappant de déchéance l'assuré à raison de simple retard apporté par lui à la déclaration du sinistre aux autorités ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit pour l'assureur de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

Article 21 du code CIMA – Résiliation

(Modifié par Décision du Conseil des ministres du 20 avril 1995)

La durée du contrat et les conditions de résiliation sont fixées par la police.

Toutefois, l'assuré a le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'**un (01) an**, en envoyant une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance. Ce droit appartient, dans les mêmes conditions, à l'assureur.

Il peut être dérogé à cette règle pour les contrats individuels d'assurance Maladie, pour la couverture des risques de construction et des risques autres que ceux des particuliers. Le droit de résilier le contrat tous les ans doit être rappelé dans chaque police. Le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article 22 du code CIMA – Forme de la résiliation

Dans tous les cas où l'assuré a la faculté de demander la résiliation, il peut le faire à son choix, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'assureur dans la localité, soit par acte extra judiciaire, soit par lettre recommandée, soit par tout autre moyen indiqué dans la police.

Article 23 du code CIMA – Résiliation après sinistre

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 20 avril 1995)

Dans le cas où une police prévoit pour l'assureur la faculté de résilier le contrat après sinistre, la résiliation ne peut être faite que dans un délai de **trois (03) mois** après qu'il en ait eu connaissance et moyennant un préavis **d'un (01) mois** à dater de la notification à l'assuré par lettre recommandée, par acte extrajudiciaire ou par tout autre moyen. L'assureur qui, passé le délai **d'un (01) mois** après qu'il a eu connaissance du sinistre, a accepté le paiement d'une prime ou cotisation ou d'une fraction de prime ou cotisation correspondant à une période d'assurance ayant débuté postérieurement au sinistre ne peut plus se prévaloir de ce sinistre pour résilier le contrat.

Dans le cas prévu au premier alinéa ci-dessus, les polices doivent reconnaître le droit, dans le délai d'un mois, de la notification de la résiliation de la police sinistrée, de résilier les autres contrats d'assurance qu'il peut avoir souscrits auprès de l'assureur, la résiliation prenant effet **un (01) mois** à dater de la notification à l'assureur.

La faculté de résiliation ouverte à l'assureur et à l'assuré par application des deux précédents alinéas, comporte restitution par l'assureur des portions de primes ou cotisations afférentes à la période pour laquelle les risques ne sont plus garantis.

Article 25 du code CIMA – Résiliation pour modification ou cessation du risque

En cas de survenance d'un évènement suivant :

- changement de domicile ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;
- changement de situation ou de régime matrimonial.

Le contrat d'assurance peut être résilié par chacune des parties lorsqu'il a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement.

Elle prend effet **un (01) mois** après que l'autre partie au contrat en a reçu notification.

L'assureur doit rembourser à l'assuré la portion de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à l'assureur dans les cas de résiliation susmentionnés.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article 26 du code CIMA – Résiliation : Forme

Lorsqu'une partie entend résilier un contrat d'assurance en vertu des dispositions de l'article 25, elle doit adresser à l'autre partie une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, indiquant la nature et la date de l'évènement qu'elle invoque et donnant toute précision de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit évènement.

Article 27 du code CIMA – Résiliation : Délai

La date à partir de laquelle le délai de résiliation est ouvert à l'assuré en raison de la survenance d'un des évènements prévus à l'article 25 est celle à laquelle la situation nouvelle prend naissance.

Toutefois, en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, le point de départ du délai est le lendemain de la date à laquelle la situation antérieure prend fin.

Lorsque l'un quelconque des évènements est constitué ou constaté par une décision juridictionnelle ou lorsqu'il ne peut en être déduit d'effets juridiques qu'après une homologation ou un exequatur, la date retenue est celle à laquelle cet acte juridictionnel est passé en force de chose jugée.

Article 28 du code CIMA – Prescription biennale ou quinquennale

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par **deux (02) ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance;
2. en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à **cinq (05) ans** dans tous les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Article 29 du code CIMA – Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter soit de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 34 du code CIMA – Assurances cumulatives

Celui qui est assuré auprès de plusieurs assureurs par plusieurs polices, pour un même intérêt, contre un même risque, doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assureurs.

L'assuré doit, lors de cette communication, faire connaître le nom de l'assureur avec lequel une autre assurance a été contractée et indiquer la somme assurée.

Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'article 33, premier alinéa, sont applicables.

Quand elles sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties du contrat et dans le respect des dispositions de l'article 31, quelle que soit la date à laquelle l'assurance aura été souscrite. Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé

des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

Article 42 du code CIMA – Subrogation de l'assureur

(Modifié par Décision du Conseil des Ministres du 24 avril 1999)

L'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui ont causé le dommage ayant donné lieu à la garantie de l'assureur.

L'assureur peut être déchargé de tout ou partie de sa garantie envers l'assuré, quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur.

Article 325-11 du code CIMA – Retrait d'agrément, Cessation des contrats- Assurances de dommages

En cas de retrait de l'agrément prononcé à l'encontre d'une entreprise mentionnée au 2° de l'article 300, tous les contrats souscrits par elle cessent de plein droit d'avoir effet le quatrième jour à midi, à compter de la publication au Journal Officiel et/ou dans un journal habilité à recevoir les 300, tous les contrats souscrits par elle cessent de plein droit d'avoir effet le quarantième jour à annonces légales de la décision de la Commission de contrôle des assurances prononçant le retrait. Les primes ou cotisation échues avant la date de cette décision, et non payées à cette date, sont dues en totalité à l'entreprise, mais elles ne sont définitivement acquises à celle-ci que proportionnellement à la période garantie jusqu'au jour de la réalisation. Les primes ou cotisations venant à échéance entre la date de la décision et la date de résiliation de plein droit des contrats ne sont dues que proportionnellement à la période de garantie.

ANNEXE 2 :

Loi 2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture Maladie
Universelle