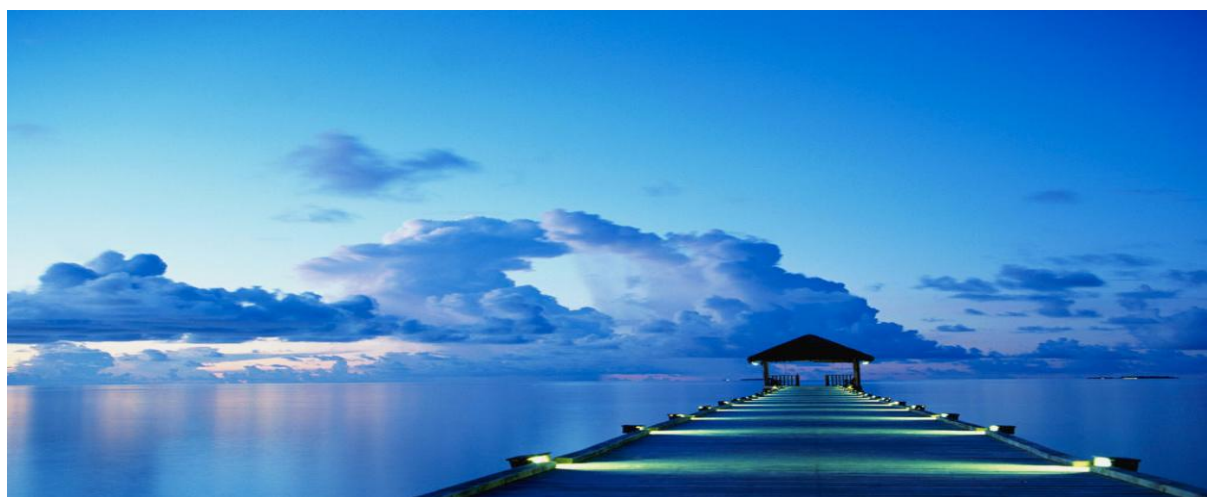


**GCya-ASSUR S.A.R.L**

**REGIME DE COUVERTURE MALADIE  
"GCya-SANTE"**

**CONDITIONS GENERALES  
CONVENTION DE COUVERTURE SANTE**



# CONDITIONS GENERALES

## **Première partie : DISPOSITIONS GENERALES**

### **TITRE 1 : DEFINITIONS**

Pour mieux comprendre la portée de la garantie, nous précisons la définition de certains termes utilisés dans le contrat.

**1- SOUSCRIPTEUR** : La personne physique ou morale signataire de la police agissant tant pour elle-même que pour le compte des assurés.

**2- ASSURE** : Toute personne désignée aux conditions particulières et bénéficiaire des prestations du contrat et/ou souscriptrice du contrat, **âgée de 60 ans au plus**.

**3- BULLETIN D'ADHESION** : Document fourni par l'Assureur comprenant un questionnaire médical à renseigner et à signer par l'Assuré.

**4- ACCIDENT** : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de votre part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et constatée par un médecin.

**5- HOSPITALISATION** : Tout séjour d'au moins 24h dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'un accouchement.

**6- ENFANT** : Tout descendant direct de moins de 21 ans légalement à votre charge.

**7- MALADIE** : Altération de la santé constatée par un médecin titulaire d'un diplôme reconnu par la législation en vigueur.

**8- MEDECIN** : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine reconnue par la législation en vigueur et inscrit à l'ordre des Médecins.

**9- PRIME** : Somme que doit payer le souscripteur en contrepartie de notre garantie.

**10- CODE CIMA** : Le code des assurances des Etats membres : Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances.

### **TITRE 2 : OBJET DE LA GARANTIE**

Le présent contrat a pour objet la prise en charge des dépenses d'ordre médical et chirurgical engagées à la suite de maladie, d'accident ou maternité du souscripteur et des personnes désignées sous le vocable « personnes assurées » conformément au barème choisi par lui et mentionné aux conditions particulières.

#### **I - BÉNÉFICIAIRES**

Peuvent être bénéficiaires des garanties du contrat toutes personnes s'inscrivant dans la limite d'âge prévue par le contrat.

#### **II - FORMALITES D'ADHESION**

La souscription du contrat est subordonnée à la présentation d'un bulletin d'adhésion dûment rempli et signé à GCya-ASSUR fournissant toutes les informations lui permettant d'apprécier la nature de ses engagements.

Aussi, toute déclaration inexacte ou incomplète entraîne l'application des sanctions prévues par le code CIMA.

L'adhésion et le retrait d'un bénéficiaire sont soumis à une demande écrite adressée à GCya-ASSUR.

### **III - ETENDUE TERRITORIALE**

Les garanties s'exercent pour les frais et soins médicaux exposés en **Côte d'Ivoire uniquement**.

### **IV- LIMITE D'ÂGE**

La limite d'âge est fixée au **31 Décembre de l'année du 60<sup>e</sup> anniversaire du bénéficiaire**. Toutefois, celle-ci peut être portée d'année en année après analyse des statistiques jusqu'à **65 ans au plus**.

### **V – FORMULE DE GESTION**

#### **▪ Système du tiers payant**

Le gestionnaire s'engage à payer directement aux fournisseurs conventionnés, les frais exposés, déduction faite du ticket modérateur à la charge du bénéficiaire.

## **TITRE 3 – CONDITIONS DE GARANTIES ET EXCLUSIONS**

### **I - Les Conditions de prise en charge**

Les frais médicaux sont pris en charge conformément au barème de remboursement annexé au présent projet.

Sur présentation de leur carte d'accès, les assurés seront pris en charge pour toutes consultations, actes médicaux et pharmaceutiques exécutés et/ou prescrits à partir de tous les établissements affiliés au réseau et dénommés "Etablissements Conventionnés". Ces établissements disposeront de bons de prise en charge donnant accès aux actes de Spécialité, Pharmacies agréées, autres avantages prévus par le plan de couverture médicale.

### **II- Les Délais de remboursement**

Pour les prestations exécutées en dehors du réseau de centres conventionnés, le gestionnaire s'engagera à procéder aux remboursements des frais dans un délai maximum de 30 jours selon les dispositions du barème de remboursement.

En d'autres termes, toute consultation, toute hospitalisation, tout achat de médicaments, toutes analyses ou, tous examens ayant eu lieu en dehors des centres conventionnés devront faire l'objet d'un paiement total de la part du bénéficiaire, avant d'être remboursés par le gestionnaire maladie, sur **présentation de justificatifs originaux** conformément aux dispositions prévues par le barème de prise en charge.

**Pour le remboursement des frais pharmaceutiques, le ticket de caisse est exigé obligatoirement avec un stiker. LES FRAIS SOUMIS EN REMBOURSEMENT DOIVENT ETRE PRESENTES DANS UN DELAI MAXIMUM DE DIX (10) JOURS.**

### **III - Les Exclusions**

La couverture maladie est accordée sur la base et dans les limites des garanties et exclusions contenues dans les conditions générales régulièrement pratiquées par le gestionnaire.

Sont notamment exclus:

- les produits d'hygiène corporelle ou alimentaire
- les Décapeptyl et Néorécomon
- les produits de beauté, d'amaigrissement et de rajeunissement
- les produits diététiques,
- Les anti-douleurs, les fortifiants et vitamines, la quinine et les produits similaires ou dérivés, à moins que ceux-ci prescrits par un médecin agréé s'inscrivent dans le traitement d'affections prises en charge par le contrat.
- Les traitements préventifs notamment les vaccins,

- Les accessoires et objet d'usage courant tels que thermomètre, seringues, vessies, gants de crin, inhalateurs, coton hydrophile, sparadrap, alcool, eau oxygénée...
- Les produits homéopathiques
- Le traitement des hépatites notamment l'usage de l'interféron sauf si la pathologie survient en cours de contrat
- Les traitements esthétiques ou de rajeunissement ainsi que les traitements contre la cellulite, l'obésité, l'insuffisance ou l'excès pondéral.
- Les frais de recherche et de traitement de la stérilité ou à but contraceptif
- Les bilan psychologiques et traitements par psychanalyse
- Le traitement des troubles psychiatriques
- Les interruptions volontaires de grossesse
- Les conséquences de l'ivresse ou de l'éthylisme ainsi que l'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits par un médecin.
- Les maladies contractées ou les accidents survenus avant la date de prise d'effet du contrat ou la date d'adhésion de l'assuré sont exclus.
- La pratique de sports dangereux : Boxe ; Art martiaux ; plongée sous-marine ; Parachutisme, etc.
- Les tentatives de suicide et les participations à des rixes sauf cas de légitime défense.
- Les traitements par médecine alternative (herboristerie, chimiothérapie, acupuncture, naturopathie etc.....)
- Les prothèses et implants

**NB : Nous nous réservons le droit d'exclure de la garantie les maladies dont un proposant serait atteint antérieurement à la date de son adhésion ou d'en fixer une surprime.**

#### **IV - PRISE EN CHARGE ET REMBOURSEMENT DES FRAIS PHARMACEUTIQUES, ANALYSE, ET RADIOLOGIE**

La prise en charge ou le remboursement de ces frais est limité aux seuls justifiés par une prescription médicale et sur présentation de l'original du ticket de caisse et reçus lorsque ceux-ci ont été effectués hors réseau.

#### **V – PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE ET DÉLAI DE CARENCE**

La prise d'effet des garanties est subordonnée à l'épuisement d'un délai de carence de :

- Deux (02) mois (Affections générales)
- Neuf (09) mois (Maternité)
- Neuf (09) mois (Optique)
- Neuf(09) mois (Prothèse dentaire)

**NB : En cas d'accord commercial, la levée du délai de carence ne concerne que les affections générales sauf stipulation expresse.**

#### **VI – GESTION PERSONNALISÉE DU CLIENT**

Il est offert au titre de la formule du **TIERS PAYANT** un système d'identification des assurés par carte à photo (Carte d'Accès).

Cette carte permettra au bénéficiaire de justifier de sa qualité d'assuré, tant auprès des centres de santé conventionnés qu'auprès des services compétents de la société.

En revanche, en cas de perte, le renouvellement de cette carte sera à la charge du bénéficiaire à raison d'une somme forfaitaire de **5000 F CFA** l'unité.

#### **TITRE 4 : FORMATION - DUREE – RESILIATION**

##### **I - PRISE D'EFFET**

Le contrat prend effet le lendemain à midi du paiement de la première prime et au plus tôt à la date fixée aux Conditions Particulières.

Nous nous réservons dans tous les cas la faculté de subordonner la prise d'effet, le montant et les modalités de garanties, aux résultats de l'examen du questionnaire.

## **II- DUREE**

Le contrat est conclu pour la durée fixée aux Conditions Particulières. Cette durée ne peut excéder en aucun cas douze (12) mois soit un (01) an.

## **III-RESILIATION**

Le contrat peut être résilié dans les conditions ci-après :

- Par le Souscripteur ou par Gcya-ASSUR à chaque échéance annuelle moyennant préavis de (03) trois mois.
- En cas de fausse déclaration intentionnelle du proposant à la souscription ou en cours de contrat.
- En cas de non paiement de la prime.

## **Deuxième partie : DISPOSITIONS PARTICULIERES**

### **1- l'Entente Préalable**

Certains actes de spécialistes sont soumis (sauf urgence ou cas de force majeure) à l'entente préalable du gestionnaire maladie. Il s'agit de (liste non exhaustive à compléter par le gestionnaire) :

- La réalisation de prothèse dentaire ou couronne
- Le traitement de l'orthodontie
- Le scanner
- Les soins de kinésithérapie
- Les soins au laser
- La chimiothérapie
- L'hystérosalpingographie
- Les séances orthophoniques et orthoptiques

**La demande d'entente préalable doit être accompagnée de la prescription médicale, de la facture proforma et de la Carte d'Accès.**

### **2- Hospitalisations**

Les patients seront admis directement (**sans avance de fonds**) sur présentation d'avis d'hospitalisation établi par les médecins conventionnés.

**Pour les cas hors réseau, procédure suivante :**

- Pour les hospitalisations d'urgence, les bons de prise en charge seront exclusivement délivrés par le Gestionnaire maladie sur présentation d'un avis d'hospitalisation à lui transmis par le centre de soin d'accueil, par tout moyen y compris par fax, dans un délai de 48 heures après l'admission du malade en clinique.
- Pour les hospitalisations programmées,

En vue d'anticiper sur les procédures administratives (ex : émission de bon de prise en charge) l'information doit être portée à la connaissance du Gestionnaire 48 heures avant l'hospitalisation du malade.

Par ailleurs, sont exclues toute hospitalisation au motif d'accès palustre et syndrome infectieux pour les assurés de plus de 15 ans sauf sur accord préalable.

### **3 - EXTENSION DE GARANTIE**

Sont pris en charge les frais de transport du malade, justifiés médicalement, entre le domicile du bénéficiaire et un établissement hospitalier de la même localité ou à défaut, de la localité la plus proche. (voir barème)

### **4 – MONTANT DE COTISATION**

La cotisation annuelle est fixée au montant unique défini en fonction de l'option retenue.

Le montant de cotisation émis reste du et acquis à GCya-ASSUR dès la prise d'effet des garanties du contrat.

### **5 – CLAUSE D'AJUSTEMENT**

Le montant de cotisation indiqué aux conditions particulières fera l'objet, dans les conditions fixées ci-après d'un éventuel ajustement calculé en fonction des résultats techniques.

Le bénéficiaire devra remettre impérativement sous peine de n'être remboursé tous les frais engagés au cours de l'année dans les délais impartis définis aux conditions particulières.

La détermination du résultat technique sera effectuée chaque année, et fera ressortir le rapport sinistres/primes (**S/P**) dans lequel :

**S/** représente la somme des indemnités de sinistres payés ou restant à payer aux bénéficiaires du présent contrat sur la période de l'exercice écoulé.

**P/** représente le montant total des cotisations nettes de frais et impôts acquises au titre de l'exercice écoulé, quelle que soit la date d'émission ou d'encaissement.

L'ajustement de la cotisation prendra effet au début de l'exercice en cours et n'affectera que le montant des primes émises ou à émettre de cet exercice.

Cet ajustement s'effectuera sur les bases du barème ci-après :

#### **AJUSTEMENT COLLECTIF**

Jusqu'à 99% .....	Aucune modification
De 100 à 114% .....	Majoration de 20%
De 115 à 129% .....	Majoration de 35%
De 130 à 149% .....	Majoration de 50%
De 150 à 175% .....	Majoration de 75%
De 175 et au delà .....	Majoration de 100%

#### **AJUSTEMENT PARTICULIER (Individuel)**

Jusqu'à 99% .....	Aucune modification
De 100 à 114% .....	Majoration de 10%
De 115 à 129% .....	Majoration de 15%
De 130 à 149% .....	Majoration de 20%
De 150 à 175% .....	Majoration de 30%
De 176 à 200% .....	Majoration de 40%
De 200 à 300% .....	Majoration de 60%
Au delà de 300% .....	Majoration de 100%

La modification de cotisation résultant de l'application de la présente clause est notifiée au Souscripteur par GCya-ASSUR dès production des résultats techniques par MCI-SOGEM.

**En cas de refus par le souscripteur de la prime ajustée, le contrat expirera de plein droit et sans autre avis à la date d'échéance fixée aux Conditions Particulières.**

**BONNE SANTE !!!**