

## ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente Convention a pour objet de détailler les clauses garantissant le remboursement, aux Bénéficiaires, des frais liés aux soins médicaux découlant d'une « **maladie** » ou d'un « **accident** ».

La maladie ne doit pas être antérieure à la prise d'effet de la Convention sauf stipulation écrite de l'Adhérent.

L'accident ne concerne pas les accidents du travail, pris en charge par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS).

## ARTICLE 2 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DE LA COUVERTURE

Cette Convention ne couvre que les soins de santé exposés en Côte d'Ivoire.

Toutefois, elle peut être étendue hors de la Côte d'Ivoire dans les limites et conditions définies d'un commun accord avec l'Adhérent, moyennant une cotisation supplémentaire, à l'occasion des missions, voyages et congés, pour des séjours.

## ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHESION

Les personnes prises en compte par la présente Convention seront celles dont la liste aura été communiquée par l'Adhérent au gestionnaire, à condition que ces personnes aient accompli les formalités médicales qu'AMGS jugerait nécessaires.

AMGS se réserve à tout moment la faculté d'exiger les compléments d'information qu'elle juge nécessaire.

## ARTICLE 4 : EXCLUSIONS

**Sont exclus, les maladies et accidents résultant :**

- de l'éthylisme, de l'ivresse, ainsi que de l'usage des drogues, stupéfiants ou médicaments non prescrits à des fins thérapeutiques ;
- des tremblements de terre, d'éruptions volcaniques, de raz de marée, d'inondations et tous cataclysmes ;
- de la guerre civile ou étrangère, de la manipulation ou de la détention par le bénéficiaire d'engins de guerre ;
- de grèves, émeutes ou mouvements populaires, d'actes de terrorisme ou de sabotage, d'attentats, d'actes de piraterie aérienne, lorsque le bénéficiaire y prend une part active ;
- de la participation à un duel, à un crime, à une grève ou des émeutes et mouvements populaires ;
- d'une insurrection militaire, d'une guerre civile ou étrangère ;
- de désintégration du noyau atomique ou de rayonnements ionisants ;
- des conséquences de l'ionisation et de la pollution chimique ou nucléaire ;
- des conséquences de tout acte illégal commis par le bénéficiaire au cours d'un séjour passé en prison ;
- du suicide ou de la tentative de suicide du bénéficiaire ou de mutilation, ainsi que de sa participation à une rixe, sauf cas de légitime défense, et de tout dommage provoqué intentionnellement par lui ou avec sa complicité ;
- de la pratique de tout sport à titre professionnel, de toute 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 amicale, amateur ou professionnelle, amateur ou professionnelle, à des matchs ou paris ;
- de la navigation aérienne dans les conditions autres que passer 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 indemnisable par la CNPS ;
- de la participation à des tentatives de records ou à des paris ;
- de la tentative ou de la manipulation d'explosifs ou d'armes autres que les armes de chasse ;
- de la présence du bénéficiaire sous les drapeaux à l'exclusion des périodes militaires en temps de paix n'excédant pas un mois.

**Sont en outre exclus :**

- Les cures thermales ou héliomarines, les frais de séjour en maison de repos, de convalescence ou de retraite ;
- Les ordonnances non nominatives ;
- Les ordonnances délivrées par les infirmiers, des médecins spécialistes et auxiliaires des médecins non reconnus par l'ordre des Médecins et/ou l'Etat ;
- Les renouvellements d'examen ou de médicaments non ordonnés par un médecin ;
- La médecine naturelle et par les plantes, les consultations et les traitements donnés par les tradipraticiens, rebouteux, naturopathes, hygiénistes ;
- 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.

**Tous les actes qui relèvent de la Médecine d'Entreprise définie par les textes en vigueur, notamment :**

- La rémunération quelque forme que ce soit des praticiens et préposés qui exercent à l'infirmerie ou au centre médical de l'entreprise ;
- Les honoraires des médecins vacataires qui exercent en dehors de l'infirmerie ou du centre médical de l'entreprise en cabinet privé ou en clinique ;
- L'approvisionnement en consommables des divers et en produits médicamenteux de l'infirmerie ou du centre médicale de l'entreprise ;
- Les soins ou interventions ayant pour but de remédier à toutes anomalies, infirmités et malformations congénitales ou constitutionnelles (malformation cardiaque et urogénitales, bec de lièvre, maladies congénitales, mongolisme, la surdité, la cécité, les pieds plats, etc.) même pour les enfants nés après la date de prise d'effet de la convention ;
- La chirurgie, les traitements et les soins à caractère esthétique, à but de maintien du poids d'amaigrissement, de rajeunissement ou de beauté, contre la cellulite ou les vergetures ;
- La chirurgie plastique même lorsqu'elle fait suite à un accident ou une maladie couverte par la convention ;
- Les interventions et les soins consécutifs à une interruption volontaire de grossesse sans but thérapeutique reconnu ;
- Les traitements d'accompagnement à la ménopause, l'ostéodensitométrie ;
- Les séjours ou cures en établissement de rééducation ou à caractère sanitaire de toute nature, même lorsqu'ils sont consécutifs à une hospitalisation garantie sauf autorisation du médecin conseil : remise en forme, cure thermales, aërium, sanatorium, maison de convalescence ou de repos, maison de retraite ou hospice médicalisé ou non ;
- Les périodes de quarantaine et les gardes de surveillances ;
- Les séances de mésothérapie, balnéothérapie, thalassothérapie, diathermie, hydrothérapie ;
- Les massages, la gymnastique corrective (séquelle d'arthrose, scoliose), les manipulations de la colonne vertébrale (vertébrothérapie), la gymnastique pré et post natale ;
- Les frais de grossesse et d'accouchement des enfants bénéficiaires de la présente convention ;
- Les soins dispensés par les pédicures, la manucures, les chiropracteurs, les acuponcteurs ;
- Les circoncisions sans nécessité médicale ;
- Les tests et bilans psychologiques et les traitements par la psychanalyse et la psychothérapie ;
- Les conséquences de retard et/ou anomalies psychiques, retard scolaires, orthophonie, dyslexie ;
- Les bilans et traitements orthophoniques sauf lorsqu'ils sont consécutifs à une maladie ou un accident qui rentre dans le champ des garanties de la convention
- Les check-up et bilans de santé périodique, systématiques ou de routine, sauf accord préalable du médecin conseil du gestionnaire ;
- Les examens de dépistage systématique, les soins prophylactiques, les frais de traitement et de soins préventifs ;
- Les bilans et visites prénuptiaux ;
- Les tests d'allergologie et les traitements des sensibilisations ;
- Tout procédé de contraception, y compris la pose de tout appareillage (stérilet) ou les interventions chirurgicales telle que la ligature des trompes et les conséquences ultérieures ;
- Les frais relatifs au transport sanitaire ;
- Les traitements de la stérilité féminine et masculine et toutes consultations, analyses, radios ou actes y afférents ;
- Les traitements à caractère expérimental ;
- Les dépenses d'ordre personnel au cours d'un séjour en clinique ou hôpital ;
- Les frais de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle sans accord préalable du médecin conseil de la compagnie ;
- Les conséquences de soins donnés par une personne non qualifiée (non titulaire d'un diplôme lui donnant droit à l'exercice de cette activité ou non reconnu par les autorités de tutelle) ;
- Les eaux minérales et produits diététiques ;
- Les aliments ou accessoires de bébé.

## LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

**(Même lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou un dentiste)**

- Les constitutions de pharmacies ;
- Les réactifs et tests sous toutes les formes ;
- Les fortifiants, sels minéraux et vitamines sous toutes leurs formes, sauf en cas de pathologies asthénisantes telles que les états grippaux, le paludisme, l'hépatite, etc. ;
- Les médicaments tels que : nivaquine, quinine, aspirine et produits similaires sauf s'ils sont prescrits à titre curatif et en liaison directe avec la nature de l'affection ;
- Les vaccins autres que ceux prescrits selon les conditions fixées par la Convention ;
- Les produits amincissants, les modérateurs d'appétit, les produits de régime alimentaires, les eaux minérales, les produits diététiques de tous les âges (lait nutritionnel, aliments pour bébés) et les produits similaires ou dérivés sous quelques formes que ce soient ;
- Les produits de nutrition orale et entérale ;
- Les médicaments de la lactation ;
- Les allergènes, les topiques à activité trophique ou protectrice, les savons antiallergiques ou gynécologiques, les anti-acnéiques et les anti-séborrhéiques, les antisudoraux, les anti-alopéciques ;
- Les produits de traitement des troubles de la pigmentation ;
- Les contraceptifs sous toutes leurs formes ;
- Les tests de grossesse de toutes sortes ;

- Les objets à usage médical courant tels que thermomètre, seringue, vessie, sonde inhalateur, irrigateur, bande, coton, poire vaginale, bac et poire à lavement, bassin, ventouse, gants, bouillotte, etc. ;
- Les produits pharmaceutiques à usage familial tels que l'alcool, l'eau oxygénée, l'éther le mercurochrome, le sparadrap etc. ;
- Tous produits de traitement d'un trouble psychique ou mental (psychose, anxiété, dépression, manie, etc.) les antidépresseurs, les anxiolytiques, les somnifères, les sédatifs, les hypnotiques, les amphétamines, les anorexigènes, les orexigènes ;
- Les produits de traitement de stérilité, de l'infertilité, de l'impuissance et de l'asthénie sexuelle (stimulants sexuels, androgéniques, etc.) ;
- Les déparasitant périodiques, systématiques ou de routine ;
- Les laxatifs ;
- Les antiseptiques locaux (BETADINE, CYTEAL et les produits similaires), les antiparasitaires externes ;
- Les produits homéopathiques et phytothérapeutiques et d'herboristerie ;
- Les élixirs, les pastilles et les tablettes de façon plus générale la confiserie médicamenteuse ;
- Les anti-retro viraux ;
- Tous produits de comptoir qui sont délivrés sans prescription médicale et tous produits de parapharmacie ;
- Les produits d'hygiène de maison ;
- Les produits d'entretien des appareils prothétiques ;
- Les lotions capillaires et tous produits de traitement du cuir chevelu et de la pilosité ;
- Les savons médicaux ou non, produits de beauté, d'hygiène corporelle et tous produits à usage cosmétique ;
- Les orthèses de toutes natures, canne anglaises, béquilles, chaussures et/ou semelles orthopédiques, genouillères et bandage en général (Velpeau, etc.) ;
- Les prothèses lorsque l'accident ou la première manifestation de la maladie qui nécessite la prothèse est antérieure à la date de prise d'effet de la présente Convention ou de la date d'incorporation d'un nouveau Bénéficiaire.

#### LES EXCLUSIONS SPECIFIQUES A L'OPTIQUE MEDICALE

- Les lentilles de contact à usage esthétique destinées à modifier la couleur de l'iris ;
- Les lentilles de contact à usage unique ;
- Les suppléances lacrymales (larmes artificielles), les produits de contactologie et d'entretien des lentilles de contact ;
- Les interventions au laser destinées à corriger la vue.

#### LES EXCLUSIONS SPECIFIQUES A LA COUVERTURE DENTAIRE

- Les produits d'hygiène buccodentaire, de bain de bouche à l'exception de ceux prescrits par un dentiste suite à une extraction, de gargarisme, les apports fluorés pour les dents ou les gencives, les dentifrices et brosses à dents, même lorsqu'ils sont prescrits par un dentiste ;
- Les détartrages maxillaires ou mandibulaires ;
- Les chirurgies de complément des poches parodontales utilisant notamment des matériaux à base de collagène, des membranes d'ostéo-intégration et des techniques de régénération tissulaire guidée (RTG) ;
- La chirurgie implantaire, les examens préopératoires (imagerie, exploration tomodensitométrie des maxillaires, scanner), le bilan biologique du patient et les soins préparatoires nécessaires à la mise en œuvre des implants ;
- L'orthodontie pour les enfants à partir de 14 ans ;
- Les séances de motivation des patients à l'hygiène et à la prophylaxie et à l'enseignement de la technique du brossage.

#### AUTRES EXCLUSIONS SPECIFIQUES

Sont également applicables, toutes restrictions ou exclusions spécifiques relatives à l'état de santé du bénéficiaire. **Cette liste n'étant pas exhaustive, le Médecin Conseil d'AMGS se réserve le droit d'exclure les médicaments relatifs aux affections mentionnées dans les exclusions ci-dessus.**

#### ARTICLE 5 : FORMATION - PRISE D'EFFET - DUREE DE LA CONVENTION

##### 5.1. Prise d'effet de la Convention

La présente Convention est établie à compter [de la **date de prise d'effet** à la **date d'échéance**] et reconduite par tacite reconduction.

Elle prend effet à compter de sa signature par les deux Parties et de la réception des fonds spécifiés en Article Préliminaire.

Tout non-paiement, à l'échéance convenue, entraîne d'office la résiliation de la Convention à cette même date. AMGS ne sera pas tenue responsable des prestations en cours dans les centres de santé.

Il revient à l'Adhérent d'être à jour de ses cotisations ou de son engagement financier vis-à-vis du gestionnaire AMGS afin que ce dernier puisse faire diligence auprès des centres de santé.

##### 5.2. Durée de la Convention

La Convention est conclue pour la durée fixée à l'article 5.1 ci-dessus. Cette durée ne peut excéder un an, et ce, sans préjudice des cas de résiliation anticipée prévus à l'article 5.3 ci-après.

Il est également que la Convention étant conclue avec « tacite reconduction », elle est reconduite automatiquement d'année en année, sauf défaut de paiement de la cotisation dans les délais prévus ou dénonciation par l'une ou l'autre des parties.

La dénonciation doit intervenir au moins deux (2) mois avant la date d'échéance dans les conditions et formes prévues à l'article 5.3 ci-dessous.

#### 5.3. Fin de la Convention

Tout non-paiement, à l'échéance convenue, entraîne d'office la résiliation de la Convention à cette même date. AMGS ne sera pas tenue responsable des prestations en cours dans les centres de santé.

Il revient à l'Adhérent d'être à jour de ses cotisations ou de son engagement financier vis-à-vis du gestionnaire AMGS afin que ce dernier puisse faire diligence auprès des centres de santé.

##### 5.3.1. Cessation des prestations et radiation d'un Bénéficiaire

Lorsqu'il y a résiliation de la Convention, soit par l'Adhérent dans tous les cas, soit par le gestionnaire dans les cas suivants : non- paiement de cotisation, omission ou inexactitude dans la déclaration de l'Adhérent, fraude ou tentative de fraude d'un Bénéficiaire, **les garanties et conséquemment le droit aux prestations cessent à la date de prise d'effet de la résiliation.**

**Dans le cadre d'une résiliation initiée par l'Adhérent, AMGS s'engage à rembourser le fond restant en gestion, déduction faite de toutes les dépenses de santé encourues jusqu'à la résiliation. Les honoraires de gestion ne sont en aucun cas remboursables.**

La garantie cesse de plein droit et sans préavis dans les cas de radiation ci-dessous.

La radiation d'un Bénéficiaire s'effectue automatiquement dans les cas suivants :

- Le Bénéficiaire adulte atteint **l'âge de 65 ans ou dès sa notification de départ à la retraite** ;
- Le Bénéficiaire enfant qui atteint l'âge de 21 ans ou plus sauf s'il justifie d'études secondaires ou supérieures sans pour autant dépasser l'âge de **25 ans révolus** ;
- La radiation peut également intervenir lorsque le Bénéficiaire est coupable de fraude ou tentative de fraude à l'occasion d'un remboursement, après deux sanctions successives, quel que soit la période de couverture. **Le gestionnaire oppose un refus systématique à toute adhésion future de ce Bénéficiaire dans toute autre Convention Santé qu'il détient dans son portefeuille.** Les sanctions évoquées ci-dessus sont les suivantes :
  - En premier lieu, rejet du dossier présenté en remboursement ;
  - En cas de récurrence, suspension pendant trois (3) mois de tout remboursement des dépenses exposées.
- La rupture de la Convention de travail qui lie le Bénéficiaire principal à son employeur ;
- Radiation des Bénéficiaires secondaires que sont les conjoints et enfants du fait de la radiation du Bénéficiaire principal.

##### 5.3.2. Formes de résiliation

La Convention est résiliable par l'une ou l'autre des parties contractantes. Quand elle émane de l'Adhérent, elle doit être notifiée par écrit à l'adresse du gestionnaire.

#### TITRE III : GESTION DE LA CONVENTION

La présente Convention est gérée par AMGS agissant en qualité de Gestionnaire Santé mettant à disposition le système de tiers-payant dans les centres de santé Conventionnés (son réseau) aux Bénéficiaires de la présente Convention.

AMGS assure le suivi et le respect de la Convention tout en luttant contre la fraude.

#### ARTICLE 6 : PLAFOND ANNUEL

On entend par plafond annuel de consommation le montant mis à la disposition du Gestionnaire et duquel seront défactués les frais de santé exposés par les Bénéficiaires pendant toute la durée de la Convention.

#### ARTICLE 7 : TIERS PAYANT

Les Bénéficiaires de la présente Couverture Santé bénéficient du **Tiers Payant** lorsque leurs soins médicaux sont prodigués dans les centres de santé appartenant au réseau de soin d'AMGS en annexe de la présente Convention.

AMGS s'engage à notifier aux Bénéficiaires, par tous les moyens, toute modification du réseau de soins.

Les prestations hors du réseau dédié d'AMGS sont à la charge des Bénéficiaires. Sur présentation de pièces justificatives, AMGS assurera un remboursement des frais à hauteur de 50% avec application du ticket modérateur selon le barème de prestation des Bénéficiaires.

## 7.1. Dispositions de gestion

Les dispositions suivantes garantissent une gestion saine de la couverture :

- Application d'un ticket modérateur selon le barème de prestation ;
- Ouverture d'accès aux soins dans le réseau dédié AMGS ;
- Les soins soumis à entente préalable sont subordonnés à la délivrance d'une prise en charge au vu du bulletin d'examen ;
- Toute demande de modification du barème de prestation doit être faite 48 heures au préalable, avant la prise d'effet.

La demande doit être adressée par mail à [sante@amgs.africa](mailto:sante@amgs.africa) précisant la Convention, le numéro de la Convention et les modifications afférentes.

Le mail doit être adressé par la personne ressource de l'Adhérent.

## 7.2. Restrictions

### 7.2.1. Ticket de consultation

Pendant la durée de validité du ticket de consultation, les Bénéficiaires ne doivent pas, pour les consultations généralistes comme spécialistes :

- Changer de médecin ;
- Se rendre dans un autre centre de santé pour le même motif de soin.

Notons que la validité du ticket de consultation est définie par l'Ordre des Médecins de Côte d'Ivoire.

Les Bénéficiaires ne peuvent pas effectuer plus de deux consultations spécialistes, quel que soit la spécialité, dans un même mois.

Toute consultation spécialiste supplémentaire sera soumise à accord préalable.

### 7.2.2. Hospitalisation

Pour toute hospitalisation, les Bénéficiaires sont tenus, sous peine de non-garantie, d'adresser à AMGS l'avis d'hospitalisation, délivré par le Médecin traitant, précisant :

- ✓ La nature de l'affection ;
- ✓ La durée probable du séjour ; et, si possible
- ✓ La facture pro-forma.

Le tout 24 Heures avant l'admission dans le centre de soins ou 12 Heures après l'admission pour les cas d'hospitalisation d'urgence.

AMGS s'engage à remettre, aux Bénéficiaires ou au Centre Hospitalier de leur choix, un Certificat de Prise en Charge couvrant les frais normalement à sa charge.

En cas de non-acceptation du certificat de prise en charge par le Centre Hospitalier, les Bénéficiaires paient la totalité des frais avec garantie de remboursement sur présentation des justificatifs suivants :

- Facture détaillée des actes ;
- Rapport médical du médecin traitant.

Les Médecins et Représentants d'AMGS doivent, sauf opposition médicale justifiée, avoir libre accès auprès des Bénéficiaires accidentés ou malades, afin de constater leur état.

Le refus par les Bénéficiaires de se conformer à cette obligation entraîne de facto la déchéance de tout droit à l'indemnité pour le sinistre en cause.

Si les Bénéficiaires désirent une confidentialité de leur état de santé, ils peuvent adresser directement ces renseignements à notre Médecin Conseil qui, seul, en prendra connaissance et ne transmettra à AMGS que les instructions nécessaires à l'application de la présente Convention.

## 7.3. Personne Ressource

La personne ressource est désignée par la société pour interagir avec AMGS sur toutes les questions relatives à la gestion du portefeuille.

En tout état de cause, toute demande doit être formulée par mail à [sante@amgs.africa](mailto:sante@amgs.africa) portant numéro de la Convention et explicitant clairement la demande.

Les appels téléphoniques ne viennent qu'en supplément et sont destinés à apporter un éclairci. Seuls les écrits font foi.

AMGS dispose d'un délai minimal de 48 heures pour l'implémentation.

## ARTICLE 8 : CAS DE SUSPENSION

Les cas de suspension sont ci-après énumérés :

- Le non-respect du paiement de la cotisation ;
- Le dépassement du plafond ;
- Les cas de fraudes.

## ARTICLE 9 : BENEFICIAIRES

Les Bénéficiaires de la présente Convention sont ceux nommément désignés dans la **liste des Bénéficiaires** annexé.

## Age limite d'admission et de garanties :

A l'adhésion, le Bénéficiaire doit avoir au plus 65 ans.

L'âge limite de garantie indiquée ci-dessus peut être prorogé jusqu'à 70 ans moyennant une cotisation supplémentaire fixée par AMGS et suivant l'avis favorable d'un Médecin-conseil.

Les enfants sont couverts jusqu'à 21 ans. Ils peuvent être exceptionnellement couverts jusqu'à 25 ans à condition qu'ils justifient de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.

## INCORPORATION OU RETRAIT DE BENEFICIAIRE EN COURS D'ANNEE

### 9.1. Les Incorporations

La date d'effet d'une incorporation est la date du jour de ladite incorporation du nouveau Bénéficiaire. La date d'échéance est celle de la Convention.

Les délais de carence s'appliquent au nouvel incorporé de la Convention suivant le jour de son incorporation.

Les demandes d'incorporation sont adressées à AMGS au fur et à mesure de leur survenance. La garantie débute le jour de la réception de l'avis par AMGS ou à la date de naissance pour les nouveau-nés lorsque ceux-ci sont couverts par la police.

Les pièces à fournir sont :

- a) L'extrait d'acte de naissance ou la CNI ;
- b) 02 photos d'identités.

### 9.2. Les Retraits

Les demandes de retrait sont adressées à AMGS au fur et à mesure de leur survenance. La garantie cesse le lendemain du jour de réception de l'avis de retrait.

Elles doivent être motivées et accompagnées des pièces ci-après :

- a) Précédente carte de santé AMGS ou précision du matricule avec les noms et prénoms ;
- b) Date de retrait.

Toute incorporation ou retrait est traité individuellement. Aucune substitution de Bénéficiaire n'est possible.

## ARTICLE 10 : RAPPORT DE GESTION

Le Gestionnaire est tenu de mettre à la disposition de l'Adhérent, chaque mois, toutes les informations relatives à la consommation des Bénéficiaires sous la forme d'un rapport mensuel de consommation.

## ARTICLE 11 : CONDITIONS DE REMBOURSEMENT DES VACCINS

Les vaccins sont remboursés au titre de la présente Convention sous les conditions suivantes :

- Pour les enfants de 01 à 15 ans ;
- Pour la femme enceinte.

Ne sont pas concernés les vaccins faisant partie du PEV (Programme Elargi de Vaccination).

Si le Bénéficiaire a plus de 15 ans et s'il ne s'agit pas d'une femme enceinte, le vaccin devra se faire uniquement à l'INHP ou dans ses agences.

Aucun vaccin ne pourra être remboursé s'il n'a pas fait l'objet d'une prescription médicale.

## ARTICLE 12 : ACTES MEDICAUX SOUMIS A UNE ENTENTE PREALABLE

Sont soumis à la formalité de l'entente préalable, les actes ou traitements pour lesquels cette obligation est indiquée à la nomenclature des actes professionnels par une mention particulière ou par la lettre E ainsi que les actes ne figurant pas sur celle-ci et remboursés par assimilation :

### Médecine Physique

Electrothérapie,  
Chimiothérapie,  
Hydrothérapie ;  
Thermothérapie,  
Physiothérapie,  
Radiothérapie ;  
Endoscopie, (Fibroskopie, Coloscopie, Anuscopie...) ; ...

### Echographies spécialisées

Prostate,  
Cardiaques,  
Thyroïde,  
Oculaires ;

### Radiographies spécialisées

Mammographie  
H.S.G  
U.I.V  
Lavement baryté  
Examen au scanner et soins au laser

## **I.R.M. (Image par Résonance Magnétique)**

### **Rééducations gynécologiques**

Rééducation du périnée

### **Hystérosalpingographie (H.S.G)**

### **Massages ou techniques assimilées**

### **Gymnastique correctrice, Tractions vertébrales**

### **Traitement des conséquences motrices des affections neurologiques**

### **Pneumo-cardiologie**

Spirométrie

### **Interruption thérapeutique de grossesse**

F.C.V

Pour les surveillances d'affections tous les ans sur rapport médical du médecin traitant.

### **Examens spécialisés**

Ophthalmologie

O.R.L

Cardiologie

Neurologie

Tests d'Allergologie

Test de désensibilisation

Examen de sang.

**Cette liste et ces composantes n'ont pas un caractère exhaustif.**

## **ARTICLE 13 : DELAI DE CARENCE**

Le délai de carence est de 30 jours à compter de la date d'effet de la Convention pour ce qui concerne les accidents et les maladies.

Les opérations chirurgicales sont prises en compte après un délai de 06 mois à compter de la date d'effet.

Ce délai est porté à 09 mois pour la lunetterie (verres et montures), maternité (Consultations prénatales, bilans biologiques prénataux, O3 Echographies prénatales) et prothèses dentaires.

L'enfant né après la prise d'effet de la Convention bénéficie des garanties sans délai d'attente à condition :

- Qu'il soit déclaré au gestionnaire dans le mois (01 mois) qui suit sa naissance ;
- Qu'il se soit écoulé au moins trois (3) mois entre la date d'effet de la Convention et le jour de sa naissance ;
- Que l'Adhérent paie la cotisation correspondant à son incorporation.

## **CAS PARTICULIERS DES MALADIES ANTERIEURES**

Les séquelles d'accidents, les infirmités et les maladies antérieures à la date d'effet de la Convention ou à la date d'admission d'un nouveau Bénéficiaire, sont garanties à la double condition suivante :

- Qu'elles aient été déclarées avant la prise d'effet de la Convention ;
- Qu'elles ne fassent pas l'objet d'une exclusion à la Convention.

En cas de non-déclaration des infirmités ou maladies congénitales connues, des maladies et des accidents survenus avant la date d'effet de la Convention ou la date d'admission du nouveau Bénéficiaire, l'Adhérent et le Bénéficiaire s'exposent aux sanctions suivantes :

- La nullité de la Convention pour les fausses déclarations intentionnelles) ;
- L'augmentation de la cotisation pour fausse déclaration non intentionnelle découverte avant sinistre.

Il est entendu qu'en cas de refus de l'augmentation de la cotisation par l'Adhérent ou le Bénéficiaire, la Convention sera résiliée.

## **ARTICLE 14 : MALADIES CHRONIQUES**

Les frais médicaux liés aux maladies chroniques sont exclus. Cependant, les Bénéficiaires porteurs d'une maladie chronique pourront racheter cette exclusion après avis du médecin-conseil et détermination de la cotisation de majoration correspondante.

La majoration de la cotisation peut être refusée par les Bénéficiaires ; dans le cas échéant, cette maladie chronique ne sera pas garantie.

Les maladies chroniques suivantes mais non limitatives :

- HTA ;
- Diabète ;
- Toute forme de Cancer ;
- Toute forme de Tumeur ;
- Insuffisance Rénale Chronique ;
- Bronchites Chroniques ;
- Asthme ;
- Drépanocytose ;
- Maladie Cardio-Vasculaire (AVC, Infarctus, ...) ;
- Ulcère gastroduodénal chronique ;
- Anémie chronique ;
- Myopathie ;
- Maladies Transmissibles Persistantes comme Le VIH, Hépatite B et C etc.

## **TITRE IV : OBLIGATION DES PARTIES**

### **ARTICLE 15 : OBLIGATIONS DE L'ADHERENT**

#### **15.1. Déclaration du risque**

L'Adhérent est tenu :

- de remettre au Bénéficiaire un document établi par le gestionnaire qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
- d'informer préalablement par écrit les Bénéficiaires des modifications qu'il est prévu d'apporter à leurs droits et obligations.

Le Bénéficiaire peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

Toutefois, la faculté de renonciation n'est pas offerte au Bénéficiaire lorsque le lien qui l'unit à l'Adhérent rend obligatoire l'adhésion à la Convention.

#### **A L'EGARD DU GESTIONNAIRE**

##### **➤ Lors de la prise d'effet de la Convention**

L'Adhérent s'engage à faire parvenir au gestionnaire la liste de toutes les personnes appelées à bénéficier des garanties. Cette liste doit préciser pour chacune d'elles :

- Noms et prénoms, date et lieu de naissance, ainsi que la catégorie socioprofessionnelle ;
- Situation de famille, avec indication du nombre d'enfants à charge.

A cette liste devront obligatoirement être joints les photos et pièces d'identité de chaque Bénéficiaire.

##### **➤ Ultérieurement**

L'Adhérent s'engage à faire parvenir à AMGS les documents suivants dans un délai de 48 heures dès qu'il en a connaissance :

- Les questionnaires médicaux régularisés pour les Bénéficiaires ayant plus de 60 ans ;
- Les déclarations relatives aux mouvements des Bénéficiaires (incorporations ou radiations) et autres modifications à prendre en considération (changement de situation de famille, tel que la naissance d'un enfant et l'état de grossesse qui la précède ou de catégorie professionnelle) ;
- Toute infirmité ou maladie grave dont un Bénéficiaire viendrait à être atteint.

##### **➤ Dans les 60 jours précédant l'échéance e la Convention**

L'Adhérent s'engage à faire parvenir au gestionnaire la liste récapitulative de toutes les personnes Bénéficiaires au cours de l'exercice.

Le gestionnaire ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces régulièrement transmises par l'Adhérent et le paiement régulier des cotisations aux échéances convenues.

A défaut de fournir les pièces ci-dessus mentionnées, de même que dans tous les cas où renseignements ou formalités complémentaires sont demandés, la prise d'effet des garanties se trouve reportée à la date de l'acceptation formelle du gestionnaire.

#### **15.2. Sanctions en cas de non-respect des obligations**

Toute réticence, fausse déclaration, omission ou une exactitude dans la déclaration des circonstances visées dans l'alinéa 16.1 ci-dessus, peut être sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, par :

- La nullité de la Convention, en cas de mauvaise foi De l'Adhérent ;
- La réduction des prestations, si la mauvaise foi du l'Adhérent ou du Bénéficiaire n'est pas établie, réduction en proportion des cotisations payées, par rapport aux cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été exactement et complètement déclarés.

### **ARTICLE 16 : PAIEMENT DE LA COTISATION**

La cotisation évoquée dans la Convention concerne la période de couverture. Par dérogation précisée en caractère très apparents dans la Convention, la cotisation peut être fractionné. Le montant de la cotisation ou en cas de fractionnement, des fractions de cotisation, ainsi que les frais.

#### **16.1. Paiement de la cotisation**

La cotisation est payable au domicile du gestionnaire. Elle peut être payée en espèces, par virement bancaire, au plus tard à la date précisée dans la présente Convention.

**Lorsqu'un chèque, remis en paiement de la cotisation, revient impayé, l'Adhérent 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, la Convention est résiliée de plein droit.**

La portion de la cotisation courue reste acquise au gestionnaire, sans préjudice des éventuels frais de poursuite et de recouvrement.

## 16.2. Modalité de règlement de la cotisation

La cotisation à payer par l'Adhérent doit intervenir selon les modalités mentionnées en Article Préliminaire.

## 16.3. Non-paiement de la cotisation

Si la cotisation n'est pas payée dès réception de la demande de règlement et au plus tard à la date de règlement indiquée ci-dessus, la Convention est résiliée de plein droit.

## ARTICLE 17 : DECLARATION ET REGLEMENT DES FRAIS DE SANTE EN DEHORS DU RESEAU DE SOINS AMGS

### 17.1. Déclaration des frais médicaux

L'Adhérent ou le Bénéficiaire (ou leur ayant droits Bénéficiaires) doit, dans les sept (07) jours qui suivent la première constatation médicale, sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, déclarer au gestionnaire, tout événement de nature à mettre en cause la garantie.

En cas d'hospitalisation, ce délai est ramené à cinq (5) jours, sauf si le Bénéficiaire demande une prise en charge préalable.

Il doit aussi :

- Préciser, soit dans cette déclaration, soit ultérieurement, son nom, son adresse, la nature de la maladie ou de son accident, les noms et adresses du médecin traitant (ou du spécialiste), des témoins ou tiers responsables (s'il y a lieu) et, le cas échéant, de l'établissement où il est hospitalisé ;
- Transmettre à AMGS, dans les trente (07) jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement,
  - toutes pièces justificatives des frais détaillés qu'il a exposés, (par exemple : les notes de frais de pharmacien, de clinique ou d'hôpital, les ordonnances) ;
  - tout document justificatif du montant des remboursements effectués, le cas échéant, par les assurances sociales et la sécurité sociale ou en extension d'un régime de prévoyance, d'un contrat personnel « maladie » ; ces pièces conservées par AMGS devront être datées et acquittées et rappeler le nom de la personne soignée, ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident ;
- Répondre à toute demande concernant la maladie et préciser l'époque à laquelle a eu lieu la première constatation médicale ;
- Accepter, si AMGS le juge nécessaire, de se soumettre à l'examen d'un médecin désigné par lui, qui pourra, en particulier procéder, aux frais de AMGS, à une radiographie ou à une autre radioscopie. Le médecin du Bénéficiaire sera toutefois avisé préalablement de la date prévue par la contre-visite, afin qu'il lui soit possible d'y assister.

Il est expressément stipulé que la couverture maladie a pour objet de rembourser les sommes dépensées à concurrence des limites fixées dans le barème de prestation, et que ladite couverture ne peut en aucun cas constituer pour le Bénéficiaire une source de profit quelconque.

En conséquence, il est entendu que si le remboursement de ces frais incombe pour tout ou partie à un employeur au titre d'une Convention de travail, à un organisme d'assurance éventuel, AMGS n'interviendra, dans les limites des garanties ci-dessus, que pour la différence entre les frais réels et le montant des prestations ou indemnités dû à l'employeur, l'organisme de prévoyance sociale ou l'organisme d'assurance intéressé.

Les maximas de garanties fixées s'appliquent, en ce cas, à la part restant à AMGS.

### 17.2. Remboursement des frais

Le règlement est effectué dans le délai de quinze (15) jours à compter de l'accord des parties, à compter de la date à laquelle AMGS est en possession du compte du Bénéficiaire définitif.

- Lorsque la garantie est prévue par la Convention, dans la limite de son barème de prestation et sur la demande du Bénéficiaire, AMGS pourra accorder des avances :

En cas de maladie ou accident nécessitant des soins onéreux et prolongés :

- Hospitalisations médicales et chirurgicales ;
- Séjour en sanatorium et préventorium ;
- Orthodontie ;
- Orthophonie ;
- Maternité : la prise en garantie sera subordonnée à la déclaration de grossesse qui devra intervenir à AMGS avant l'expiration du troisième mois.

En cas de demande de provision faite par un hôpital ou une clinique.

- Lorsque la garantie est prévue par la Convention, dans la limite de son barème de prestations et sur la demande du Bénéficiaire, AMGS prendra en charge préalablement, les frais engagés par le

Bénéficiaire auprès du réseau de prestataires Conventionnés par AMGS

- Dans le cas d'une hospitalisation, le Bénéficiaire s'engage à déclarer à AMGS, au plus tard dans les vingt -quatre (24) heures suivant l'admission. Au-delà de ce délai, AMGS est en mesure de rejeter la demande de prise en charge préalable.
- Dans tous les autres cas, les frais sont engagés par le Bénéficiaire. AMGS effectuera le remboursement des frais engagés lorsque la garantie est prévue dans la présente Convention et dans la limite de son barème de prestations.

## ARTICLE 18 : DISPOSITIONS DIVERSES

### 18.1. Expertise

En cas de contestation d'ordre médical entre le Bénéficiaire et le gestionnaire, sur l'application de la Convention, le règlement des prestations, l'exagération des soins donnés ou des sommes réclamées par rapport aux affections traitées, le différend sera soumis avant toute instance judiciaire, à l'expertise d'un médecin arbitre statuant sans formalités et nommé à l'amiable par les médecins experts de chaque partie. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son expert, ou par les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'Adhérent.

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie étant convoquée par lettre recommandée.

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.

### 18.2. Secret professionnel

AMGS et ses médecins-conseils s'engagent à garder le secret le plus absolu sur les renseignements dont ils pourraient avoir connaissance à l'occasion de la présente Convention. Le Bénéficiaire aura d'ailleurs la faculté de remettre directement au médecin conseil d'AMGS, sous enveloppe cachetée, les documents relatifs à son état.

### 18.3. Devise des paiements

Il est convenu entre les parties que les règlements concernant les accidents ou maladies survenus en dehors du territoire ivoirien se feront en francs CFA.

### 18.4. Subrogation

Il reste entendu qu'AMGS se réserve le droit de subrogation, à concurrence des remboursements qu'il a effectués, dans les droits du Bénéficiaire contre tout responsable du sinistre.

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

### 18.5. Prescription

Toute action dérivant de la présente Convention est prescrite par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

### 18.6. Réajustement tarifaire

AMGS se réserve le droit d'appeler à des fonds complémentaires dès lors que la consommation est égale à 90% du plafond de consommation.

## DISPOSITIONS SPECIALES

## ARTICLE 19 : NATURE DES GARANTIES

La couverture maladie a pour objet de garantir aux Bénéficiaires le remboursement des frais de traitement nécessités par une maladie, une maternité ou un accident.

Le remboursement est effectué en francs CFA sur la base du barème, des plafonds de remboursement prévus en Article Préliminaire et dans les limites des frais réellement exposés.

Pour tout acte médical, AMGS 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, AMGS retiendra le tarif le moins élevé.

Les actes médicaux et leur facturation sont régis par la nomenclature générale des actes professionnels de l'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale (UCANSS) applicable en Côte d'Ivoire.

Toute prestation non garantie expressément par la présente Convention ne pourra donner lieu à un remboursement.

## ARTICLE 20 : ENGAGEMENT MAXIMUM

Il s'agit du Plafond qui représente le montant de francs CFA qu'AMGS aurait à payer pour un Bénéficiaire, au titre de tous les sinistres survenus pendant l'année couverte par la Convention.

Le montant de cet engagement maximum est précisé en caractères très apparents en Article Préliminaire et indiqué pour une **année (12 mois)**.

## ARTICLE 21 : PERSONNES COUVERTES

- Lorsqu'il s'agit d'une couverture d'entreprise, le Bénéficiaire **âgé de moins de 65 ans révolus**, désigné comme le Bénéficiaire principal est le/la salarié(e) de l'entreprise ;
- Quand la famille du Bénéficiaire est couverte avec lui, bénéficient de la couverture les personnes qu'il a désignées dans le bulletin d'adhésion et qui sont indiquées à la Convention, sous les réserves suivantes :
  - Son conjoint et/ou ses enfants : ils doivent déclarer les assurances ou couvertures de même nature dont ils bénéficient par ailleurs ;**
  - Cependant ses enfants doivent avoir **moins de 21 ans et être fiscalement à sa charge.**  
Sur la demande expresse du Bénéficiaire, la garantie peut être étendue sans cotisation supplémentaire à ses enfants âgés de **21 ans à 25 ans**, à condition **qu'ils soient fiscalement à sa charge et qu'ils poursuivent des études supérieures ou professionnelles dûment prouvées par un certificat de scolarité ou une attestation de formation professionnelle.**

## ARTICLE 22 : PRESTATIONS GARANTIES

### 22.1. Frais Médicaux

#### CE QU'AMGS REMBOURSE

- 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 ;
- 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 ;
- La pratique médicale courante et la petite chirurgie accomplie par un médecin ou un auxiliaire diplômé.  
Pour l'application du barème de remboursement, il faut entendre par :

**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.

#### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

- 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 (sauf stipulation contraire de la présente Convention).

### 22.2. Frais Pharmaceutiques

#### CE QU'AMGS REMBOURSE

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.

**Les prescriptions remboursées ne doivent pas dépasser une durée de traitement d'un (1) mois. Au-delà de cette période elles doivent faire l'objet de renouvellement.**

#### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

- Les médicaments prescrits par une personne autre qu'un médecin diplômé ;
- Les médicaments achetés sans prescription médicale ;
- Les médicaments fortifiants, vitamines et produits similaires (sauf stipulation contraire de la présente Convention) ;
- Les produits d'hygiène corporelle ou alimentaire, de beauté, d'amaigrissement, de rajeunissement ;
- Les produits d'esthétiques et les produits similaires ou dérivés sous quelque forme que ce soit.
- Les hormones et médicaments à but contraceptif et contre la stérilité masculine et féminine.
- Les traitements homéopathiques, la phytothérapie et la mésothérapie.
- Les médicaments dont le remboursement n'est pas prévu dans le dictionnaire Vidal et les médicaments non agréés par le Ministère en charge de la Santé.
- Les objets à usage médical : seringues, sondes, perfuseurs, cathéters, aiguilles etc. ;

- 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, les eaux de préparation...

**La liste des produits cités est énumérative et non limitative.**

### 22.3. Frais d'Hospitalisation

#### CE QU'AMGS REMBOURSE

- 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 d'AMGS a été donné.

A cet effet, un avis d'hospitalisation doit être transmis à AMGS par tout moyen.

Cet avis d'hospitalisation doit comporter les noms et prénoms, l'âge de la personne malade, le motif et la durée de l'hospitalisation et le nom du médecin traitant.

Suite à cet avis, AMGS peut délivrer à l'Etablissement de soin une prise en charge directe en cas de garantie.

- Sont remboursés également les actes médicaux et les frais de séjour y compris le service normal des infirmiers, prévus au barème des prestations, les taxes et les médicaments consommés.
- Les hospitalisations et soins à domicile lorsqu'ils sont prescrits par un médecin diplômé 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.

#### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

- Les frais n'ayant pas reçu l'accord préalable d'AMGS ;
- Les frais relatifs aux cures thermales sauf stipulation contraire ;
- 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 d'AMGS.
- Le traitement du malade tel que thermomètre, seringue, perfuseurs, cathéters, aiguilles, vessie, poire à lavement, bac à lavement, bassin, inhalateur, ventouse, gants, bandes, sparadraps etc.

### 22.4. Transport du malade

#### CE QU'AMGS REMBOURSE

- Les frais de transport que le Bénéficiaire a exposés en tant que malade ou accidenté, en urgence ou sur l'ordre du médecin traitant, à bord d'une ambulance ou d'un véhicule terrestre à moteur.

Le remboursement par événement est fixé au barème joint à la Convention.

#### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

Les frais de transport pour consultation, examen de radio ou traitement spécial, que le Bénéficiaire a effectué en tant que malade non hospitalisé.

### 22.5. Honoraires chirurgicaux et frais accessoires à une intervention chirurgicale

#### CE QU'AMGS REMBOURSE

Les actes de chirurgie et de spécialité accomplis par un Praticien diplômé, les honoraires des anesthésistes, les frais de location de la salle d'opération, occasionnés par une maladie ou un accident garanti.

#### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

- 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 d'AMGS ;
- Les objets et produits d'usage médical courant (thermomètre, bandes, cotons, vessies, sparadraps, alcool à 90° etc.) ;
- Les prothèses, les implants.

## 22.6. Frais de séjour en sanatorium

### CE QU'AMGS REMBOURSE

Les frais de séjour en sanatorium nécessités par une tuberculose confirmée (avec examens bactériologique et radiologique).

Le remboursement prévu au barème des prestations correspond à la totalité des frais de séjour y compris le service normal des infirmiers, la nourriture, les taxes et les services facturés par l'établissement, à l'exclusion de tout frais d'ordre chirurgical.

**Les frais de séjour en sanatorium sont soumis à la formalité d'entente préalable.**

### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

- Les frais de séjour en aérium, maison de repos et de convalescence, maison de régimes et colonie sanitaire ;
- Les frais de séjour en préventorium ;
- Les frais de séjour en asile psychiatrique.

## 22.7. Frais de séjour de la mère

### CE QU'AMGS REMBOURSE

Les frais de séjour de la mère en clinique ou à l'hôpital en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'un enfant d'un âge égal ou inférieur à 7 ans, si le séjour est prescrit par le médecin. Cette garantie joue pour une durée maximale de 8 jours.

Le montant de la garantie par journée est limité à 25% du prix de journée remboursé pour la chambre de l'enfant.

### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

Les frais de séjour en clinique ou à l'hôpital d'une mère en cas d'hospitalisation :

- D'un enfant d'un âge égal ou inférieur à 7 ans lorsque le séjour n'est pas justifié par demande expresse du médecin.
- D'un enfant de plus de 7 ans.

## 22.8. Frais d'analyse et d'examens

### CE QU'AMGS REMBOURSE

- Les frais d'analyses et d'examens exécutés par un laboratoire agréé par le ministère en charge de la santé et prescrits par un médecin inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

- Les frais d'analyses et d'examens :
  - Exécutés par un laboratoire non agréé par le ministère en charge de la santé ;
  - non prescrits par un médecin inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins ;
  - 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 (sauf stipulation contraire).

## 22.9. Frais de radiographie

### CE QU'AMGS REMBOURSE

Les frais de radiographie exécutée par un médecin prestataire agréé par le ministère en charge de la santé, prescrite par un médecin diplômé et ayant reçu l'accord préalable d'AMGS, sauf urgence.

### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

Les frais de radiographie :

- exécutés par un laboratoire non agréé ;
- non prescrits par un médecin diplômé ;
- n'ayant reçu l'accord préalable d'AMGS ;
- complémentaires à une visite d'embauche, pré-nuptiale, périodique.

## 22.10. Actes de spécialité

### CE QU'AMGS REMBOURSE

Les traitements spéciaux prescrits par un médecin spécialiste et faisant l'objet d'un certificat médical et d'une entente préalable.

Il en est ainsi notamment pour les :

- actes d'électrothérapie, de radiothérapie ;
- traitements par rayons ultra-violets, lumineux ou infrarouges (laser et autres) ;
- traitements de tumeurs et des verrues par curiethérapie, röntgenthérapie, chimiothérapie, cryothérapie ;

- traitements par dialyses rénales ;
- les explorations fonctionnelles par scopie (fibroscopie, coelioscopie, colonoscopie) ;
- ongle incarné etc.

### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

Les frais relatifs aux bilans psychologiques, recherches de stérilité et d'infertilité ;

- les frais relatifs aux traitements à but contraceptif ;
- les leçons d'orthoptie (sauf stipulation contraire) ;
- les soins ayants pour but de remédier à toute anomalie, infirmité ou malformation constitutionnelle.

## 22.11. Frais de kinésithérapie et rééducation

### CE QU'AMGS REMBOURSE

Les frais relatifs à des séances de kinésithérapie et de rééducation prescrites par un médecin diplômé en vue de remédier aux conséquences d'une maladie ou d'un accident garanti entraînant la perte de mouvement ou non et ayant reçu l'accord préalable d'AMGS.

### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

- rééducation n'ayant pas reçu l'accord préalable d'AMGS ;
- 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 correctrice des lordoses, scoliose, arthrose, etc.

La liste est énumérative et non limitative.

## 22.12. Frais de traitements préventifs

### CE QU'AMGS REMBOURSE

- les vaccins non PEV sur la base des tarifs de l'Institut National d'Hygiène Publique ;
- le traitement préventif du paludisme chez la femme enceinte.

### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

- Les vaccins du programme élargi de vaccination (PEV) ;
- Les vaccins faits à l'occasion d'un voyage ;
- Tous les autres frais de traitements préventifs ;
- Toute vaccination collective et d'entreprise.

## 22.13. Frais d'optique

### CE QU'AMGS REMBOURSE

Les frais d'acquisition ou de remplacement de verre ou lentilles de contact de correction de la vue prescrits par un ophtalmologue dans les limites des plafonds prévus aux Condition Particulières.

### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

- La monture sans les verres ;
- Les verres et lentilles de contacts non prescrits par un ophtalmologue ;
- Les verres afocaux et solaires.

## 22.14. Frais dentaires

### CE QU'AMGS REMBOURSE

- Les soins conservateurs exécutés par un Praticien diplômé et inscrit au tableau de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes ;
- Lorsque leur remboursement est prévu par la présente Convention :
  - Les prothèses dentaires ;
  - Les appareils d'orthodontie chez les enfants jusqu'à **14 ans** dans les limites des plafonds prévus par la Convention.

Les frais de Prothèses dentaires et d'Orthodontie sont soumis à la formalité d'entente préalable.

### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

- Les soins à caractère esthétique (blanchiment, détartrage) ;
- Les soins relatifs à une malformation constitutionnelle ;
- Les prothèses dentaires pour lesquelles AMGS 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.

## 22.14. Frais dentaires

### CE QU'AMGS REMBOURSE

#### Les frais Pré et postnataux

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 en l'hôpital ou en clinique lié à l'accouchement.

#### En cas de complications liées à 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 frais d'accouchement normal prévus par la présente Convention.

## LEXIQUE

**Accident** : Toute corporelle, non intentionnelle de la part de l'Adhérent, 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.

**Accord ou attente préalable** : Certains actes ou traitements sont remboursés seulement s'ils font l'objet d'un accord préalable du gestionnaire sur demande du Bénéficiaire.

**Adhérent** : La personne physique ou morale désignée qui demande l'établissement de la Convention, la signe et s'engage à en payer les cotisations.

**Bénéficiaire** : toute personne bénéficiant des prestations garanties par la Convention et nommément indiquée dans ladite Convention

**Bulletin d'adhésion** : Document fourni par le gestionnaire comprenant un questionnaire médical à renseigner, à signer par le Bénéficiaire et faisant partie de la Convention.

**Convention** : Ensemble des documents confectionnés par le gestionnaire et constatant les engagements des parties (Gestionnaire, Adhérent, Bénéficiaires).

**Cotisation** : La somme que doit payer l'Adhérent en contrepartie de la gestion par AMGS de ses frais de santé.

**Délais d'attente ou de carence** : Période suivant immédiatement la date d'effet de la Convention, et au cours de laquelle les frais qui pourraient être engagés pour cause de maladie, accident ou maternité sont exclus de la garantie.

**Echéance principale** : La date prévue pour le renouvellement de la Convention et indiquée sous cette rubrique.

**Frais de déplacement** : Les frais de déplacement d'un médecin ou d'un auxiliaire médical à plus de 2 kilomètres de son domicile et qui ne pourront et en aucun cas dépasser ce qui serait dû au médecin ou auxiliaire médical de même catégorie dont le domicile est plus proche du Bénéficiaire.

**Franchise ou ticket modérateur** : La quotité laissée à la charge du Bénéficiaire sur les prestations déterminées dans la Convention.

## En cas d'accouchement normal ou par voie chirurgicale.

Lorsqu'un forfait accouchement est prévu par la présente Convention, 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.

Les frais médicaux du nouveau-né malade ne seront pris en charge qu'après sa déclaration et adhésion à la Convention, dans un délai maximum d'un mois suivant sa naissance.

### CE QU'AMGS NE REMBOURSE PAS

- Les frais liés à des fausses couches même accidentelles 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 du Bénéficiaire et incorporés dans la Convention.

**Hospitalisation** : Tout séjour dans un établissement habilité à dispenser des soins médicaux ou à pratiquer des opérations chirurgicales.

**Intervention chirurgicale** : Il y a intervention chirurgicale chaque fois qu'un praticien inscrit au Tableau de l'Ordre des Médecins du pays d'exercice, accomplit un acte professionnel considéré comme acte chirurgical selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des Médecins et Chirurgiens de l'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociales françaises, nomenclature actuellement en vigueur dans le territoire de souscription de la Convention.

**Maladie** : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

**Maladie infectieuse** : Maladie provoquée par l'action d'un germe pathogène ou virus quel qu'il soit et par exemple : Hépatite virale, coqueluche, grippe, variole, oreillons, fièvre typhoïde, pneumonie, rougeole, rubéole, scarlatine, zona, typhus exanthématique, varicelle, méningite cérébro-spinale, diphtérie, poliomyélite, rage, cholera, peste, tétanos, gastro-entérite.

**Cette liste n'étant pas exhaustive, le Médecin Conseil se réserve le droit d'apprécier le caractère infectieux de toute autre affection.**

**Maladie du système immunitaire** : Affection entraînant une baisse des défenses immunitaires et ses conséquences.

**Période de couverture** : La période comprise entre d'effet de la Convention et sa date d'expiration.

**Prescription** : Délai après lequel aucune réclamation n'est recevable en justice.

**Cotisation** : La somme que doit payer l'Adhérent en contrepartie de la garantie d'AMGS.

**Résiliation** : Cessation de la Convention soit de plein droit, soit à l'initiative de l'une des parties.

**Sinistre** : La survenance d'une maladie ou d'un accident autre que les accidents de travail sur la personne du Bénéficiaire.