



Assurance Santé Médias

Conditions générales et particulières de la police

Ligne Médias: 218 458 888

Coût d'un appel vers le réseau fixe national

Triage clinique: accueil 24 heures par infirmières

Questions administratives: lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00

www.medias.pt

SOMMAIRE

CONDITIONS GÉNÉRALES

04	CLAUSE 1 - DÉFINITIONS
10	CLAUSE 2 - OBJET
10	CLAUSE 3 - BASE DU CONTRAT
10	CLAUSE 4 - DEVOIR DE DÉCLARATION INITIALE DE RISQUE
11	CLAUSE 5 - MANQUEMENT DÉLIBÉRÉ AU DEVOIR DE DÉCLARATION INITIALE DE RISQUE
11	CLAUSE 6 - MANQUEMENT NÉGLIGENT AU DEVOIR DE DÉCLARATION INITIALE DE RISQUE
12	CLAUSE 7 - ÉTENDUE TERRITORIALE
12	CLAUSE 8 - PERSONNES ASSURÉES
12	CLAUSE 9 - GARANTIES ET MODALITÉS
13	CLAUSE 10 - PRESTATIONS CONVENTIONNÉES
13	CLAUSE 11 - PRESTATIONS INDEMNITAIRES
14	CLAUSE 12 - ASSISTANCE
14	CLAUSE 13 - EXCLUSIONS
16	CLAUSE 14 - DÉLAIS DE CARENCE
17	CLAUSE 15 - DÉBUT DE LA COUVERTURE ET PRISE D'EFFET
18	CLAUSE 16 - TERME DU CONTRAT
18	CLAUSE 17 - PAIEMENT DES PRIMES
19	CLAUSE 18 - AVIS DE PAIEMENT DES PRIMES
19	CLAUSE 19 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES PRIMES
20	CLAUSE 20 - ACCÈS, PROCÉDURES ET RÉGULARISATION
21	CLAUSE 21 - SUBROGATION
22	CLAUSE 22 - MODIFICATIONS DES TERMES DU CONTRAT
22	CLAUSE 23 - COORDINATION DES PRESTATIONS
22	CLAUSE 24 - ARBITRAGE
23	CLAUSE 25 - COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS
23	CLAUSE 26 - DONNÉES PERSONNELLES
23	CLAUSE 27 - DROIT APPLICABLE ET TRIBUNAL COMPÉTENT

CONDITIONS SPÉCIALES

- 24** INDEMNITÉS JOURNALIÈRES D'HOSPITALISATION
- 24** ASSISTANCE CLINIQUE EN RÉGIME D'HOSPITALISATION
- 25** ASSISTANCE CLINIQUE EN RÉGIME AMBULATOIRE
- 26** SANTÉ MENTALE
- 27** PROTECTION RENFORCÉE EN ONCOLOGIE
- 30** STOMATOLOGIE ET MÉDECINE DENTAIRE
- 30** MÉDICAMENTS
- 31** ACCOUCHEMENT
- 32** PROTHÈSES ET ORTHÈSES
- 33** ASSISTANCE CLINIQUE À L'ÉTRANGER
- 35** MALADIES GRAVES
- 40** VACCIN CONTRE LA GRIPE
- 40** ASSISTANCE SERVICE D'ASSISTENCE VINTAGE
- 42** ASSISTANCE À DOMICILE
- 44** CONDITION SPÉCIALE D'ASSISTANCE POUR EXPATRIÉS
- 47** CONDITION SPÉCIALE D'ONCOLOGIE EN NAVARRE
- 48** 2ème AVIS MÉDICAL

CONDITIONS GÉNÉRALES

CLAUSE I - DÉFINITIONS

Définitions des termes et des expressions utiles afin de faciliter la perception des concepts et des contenus des conditions du présent contrat d'assurance:

I. Concernant les entités impliquées dans le contrat d'assurance santé:

ASSUREUR

Entité légalement autorisée à exercer l'activité d'assurance et qui souscrit, avec le Souscripteur, le contrat d'assurance.

MÉDIS

Marque exclusive et déposée de produits gérés par Médias - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA, assureur, réassureur et gestionnaire du système intégré de soins de santé, subordonnée aux assurances des branches Maladie, Assistance et Accidents, qualifiées par des Polices émises par la compagnie ou par d'autres compagnies d'assurance autorisées.

SOUSCRIPTEUR

Entité qui signe le contrat d'assurance auprès de l'Assureur, et règle la Prime.

ASSURÉ

Personne physique identifiée dans les Conditions particulières et titulaire du Certificat d'assurance, dont la santé ou l'intégralité physique est assurée, et qui bénéficie des garanties de la Police.

AYANTS DROIT

Groupe de personnes identifiées dans les Conditions Particulières ou dans le Certificat Individuel qui vit en économie commune et qui comprend, en plus du Souscripteur, dans le cas d'une assurance individuelle, ou de l'Adhérent, dans le cas d'une assurance de groupe, son conjoint ou personne avec qui il vit ensemble depuis plus de deux ans, de même que ses descendants ou ascendants en ligne droite ou collatérale jusqu'au 2ème degré et qui dépendent économiquement du Souscripteur ou de l'Adhérent.

2. Concernant les documents qui régissent et intègrent le contrat:

POLICE

Document qui fixe le contrat signé entre le Souscripteur et l'Assureur, dont font partie intégrante les Conditions générales, spéciales et particulières convenues, de même que les Actes additionnels au contrat.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Ensemble de clauses qui définissent et régissent les obligations génériques et communes inhérentes au contrat d'assurance.

CONDITIONS SPÉCIALES

Clauses qui, en complétant ou en spécifiant les Conditions générales, sont généralement applicables à certaines garanties, lorsqu'elles sont souscrites.

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Document qui définit les éléments spécifiques de chaque contrat d'assurance, formalisé par un Certificat Individuel.

ACTE ADDITIONNEL

Document qui stipule une modification de la Police.

3. Concernant la souscription de l'assurance santé:

ASSURANCE SANTÉ MÉDIS

Contrat d'assurance santé signé entre l'Assureur et le Souscripteur, délivré par une Police, par laquelle l'Assureur garantit à l'Assuré l'accès au réseau de prestataires de soins de santé de Médis, dans les termes et limites conventionnés, et définit les critères de financement expressément indiqués, ou le remboursement partiel des frais de santé pris en charge auprès des entités non conventionnées.

PROPOSITION D'ASSURANCE SANTÉ MÉDIS

Document, sous la forme d'un formulaire de l'Assureur, à remplir et à signer par le Souscripteur ou par chaque Adhèrent (Proposition d'Adhésion), qui comprend les éléments d'information essentiels en vue de l'acceptation du contrat d'assurance ou de l'adhésion individuelle. Ce document fait partie intégrante de la Police lorsqu'il est émis et lie toutes les parties, à savoir le Souscripteur, chaque Adhèrent et l'Assureur.

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL DE SANTÉ

Formulaire où figure l'ensemble des indicateurs concernant les données de santé, afin de constituer un profil et un historique clinique permettant à l'Assureur d'évaluer correctement et d'assumer le risque, à remplir et à signer par l'Adhèrent et qui équivaut à la déclaration personnelle exacte liée à ses données de santé.

4. Concernant les montants mentionnés dans le contrat d'assurance santé:

PRIME

Prix payé par le Souscripteur à l'Assureur en échange de la couverture de risque, par la souscription de l'assurance. Pour les assurances collectives contributives, la Prime peut être prise en charge, en totalité ou en partie, par les Assurés.

CAPITAL ASSURÉ

Le Capital assuré représente le montant maximum de la prestation payé par l'Assureur en cas de sinistre ou annuité d'assurance, selon ce qui est stipulé dans le contrat.

FRANCHISE

Somme qui, en cas de sinistre, est prise en charge par l'Assuré, en fonction de la couverture et du capital, et dont le montant est stipulé dans les Conditions particulières ou dans le Certificat Individuel.

PAIEMENT PARTAGÉ

Somme qui est prise en charge par l'Assuré pour chaque acte ou ensemble d'actes médicaux, conformément aux stipulations des Conditions particulières ou du Certificat Individuel.

INDEXATION

Modification, si elle est contractée, du capital garanti et de la Prime correspondante, en fonction d'un indice exprimé dans les Conditions particulières ou Certificat Individuel.

CONTRIBUTION PAR FINANCEMENT

Somme prise en charge par l'Assureur dans le cadre des prestations conventionnées et directement payée au prestataire de soins de santé, sans préjudice de l'exigibilité de Paiement partagé ou des franchises aux Assurés.

CONTRIBUTION PAR REEMBOURSEMENT

Somme remboursée par l'Assureur, après déduction des Franchises et des Paiements partagés applicables, à l'Assuré ou payée au prestataire de soins de santé lorsqu'une prise en charge est émise.

PRISE EN CHARGE

Document délivré par l'Assureur, qui exprime la prise en charge des coûts inhérents à l'exécution d'un acte ou d'une procédure médicale spécifique, dans les conditions et limites des garanties de l'assurance applicable, jusqu'au montant maximal du capital garanti et disponible.

5. Concernant les garanties du contrat d'assurance santé:

CONDITIONS D'ADHÉSION

Conditions établies dans les Conditions particulières ou dans le Certificat Individuel pour chaque Assuré, Ayants droits ou groupe assuré.

PRESTATIONS CONVENTIONNÉES

Garantie du financement d'accès, dans les conditions prévues dans la Police, de l'Assuré à un réseau intégré de médecins et d'unités de santé conventionnés, selon leur propre liste ou sur indication de la Ligne Médis, de libre choix ou d'accès, sous réserve des critères d'utilisation contenus dans le Guide Médis, notamment l'intervention d'un médecin assistant ou le besoin de référer une spécialité médicale ou une autorisation d'actes et de procédures.

PRESTATIONS INDEMNITAIRES

Garantie de remboursement partiel des frais engagés à la suite d'un évènement couvert par les garanties de la Police.

ÉVÈNEMENT / SINISTRE

Tout évènement susceptible de déclencher le fonctionnement des garanties du contrat.

ACCIDENT

Évènement fortuit, soudain et anormal, dû à une cause externe et non lié à la volonté de l'Assuré et qui est à l'origine de lésions corporelles, cliniquement et objectivement constatées, susceptibles de déclencher les couvertures du contrat.

MALADIE

Toute modification involontaire de l'état de santé, non provoquée par un accident et diagnostiquée par un médecin.

MALADIE PRÉEXISTANTE

Est considérée préexistante au contrat d'assurance et donc exclue du champ d'application de la garantie, la pathologie que l'Assuré ne pouvait ignorer, ou aurait dû connaître avant la date de souscription de l'assurance, notamment parce qu'elle faisait l'objet d'une enquête clinique, d'un traitement préalable ou d'un tout autre acte médical, ou encore parce que l'existence de signes ou de symptômes spécifiques de la pathologie en question était manifeste à la date de ladite souscription, pour laquelle un diagnostic avait déjà été établi, bien que non définitif.

MALADIE CONGÉNITALE

Maladie présente dès la naissance, en raison de facteurs héréditaires ou de conditions constatées lors de la grossesse jusqu'au moment de la naissance. La maladie congénitale peut être évidente ou reconnue immédiatement dès la naissance ou être découverte plus tard à tout moment de la vie de la personne, sans préjudice de sa nature.

MÉDECIN

Diplômé d'une Faculté de Médecine ou de Médecine Dentaire, légalement autorisé à exercer la profession au Portugal et dont la spécialité et l'inscription sont reconnues par l'Ordre des Médecins, par l'Ordre des Dentistes ou par des entités similaires des pays où ils exercent leur activité.

PSYCHOLOGUE

Diplômé en Psychologie, légalement autorisé à exercer la profession au Portugal et inscrit à l'Ordre des Psychologues du Portugal.

UNITÉ DE SANTÉ

Etablissement, intégré ou non au Service National de Santé, ayant pour objet la prestation de services médicaux ou d'autres soins de santé et autorisée par la loi en vigueur, comprenant des entités avec hospitalisation ou salle de réveil, entités généralisées de services d'hospitalisation et ambulatoires, ainsi que les entités spécialisées dans les services ambulatoires et complémentaires au diagnostic et à la thérapie, indépendamment de leur désignation et forme juridique adoptée, y compris les Hôpitaux, les Cliniques et les Centres complémentaires au diagnostic et thérapie.

ACTE MÉDICAL

Acte réalisé par un médecin légalement qualifié par l'Ordre des Médecins, qui intègre la promotion de la santé, la prévention et le traitement de la maladie, ainsi que la réadaptation des personnes soumises à leur intervention, et peut déterminer des procédures complémentaires effectuées par d'autres professionnels de la santé.

SERVICES CLINIQUEMENT NÉCESSAIRES

Services conformes à l'état clinique du patient, conformément aux protocoles et aux normes reconnus par la communauté médicale dans le domaine de l'assurance.

FRAIS DE SANTÉ ADMISSIBLES

Frais directement liés à la réalisation d'actes médicaux ou chirurgicaux, de nature diagnostique ou thérapeutique, effectuées par des professionnels de la santé dûment qualifiés, à la suite d'un diagnostic clinique et toujours sous surveillance et orientation médicale, qui déterminent et limitent la portée de la responsabilité des intervenants.

FRAIS DE SANTÉ NON ADMISSIBLES

Frais non pris en compte dans le cadre de l'assurance, tels que les frais pour l'exécution d'actes sans prescription médicale, ainsi que l'achat de biens, même sous prescription médicale, dont l'utilité n'est pas destinée à des fins thérapeutiques, tels que des cosmétiques, matelas, chaises, coussins, déshumidificateurs, aspirateurs, climatiseurs, bicyclettes, appareils de musculation et baignoires hydromassantes, lunettes de soleil, entre autres. Cette définition inclut tous les produits consommables, en tant que biens dont l'utilité se destine à son usage propre, mais dont la finalité n'est pas thérapeutique ou qui ne sont pas objectivement justifiables par prescription médicale. Sauf indication contraire, les prothèses ou orthèses non chirurgicales ne sont pas considérées admissibles par l'Assurance. De même, les Paiements partagés ou les Franchises d'une autre Police Médis en vigueur ne sont pas prises en compte pour le même Assuré, dans la limite du Paiement Partagé homologue de la Police active.

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Assurance effectuée à l'égard de personnes physiques pouvant inclure des Ayants droits dans le champ d'application de la garantie, et qui ne constitue pas une Assurance Collective.

ASSURANCE COLLECTIVE

Assurance d'un groupe de personnes liées entre elles et au Souscripteur par une obligation ou un intérêt commun autre que celui de l'assurance.

ASSURANCE COLLECTIVE CONTRIBUTIVE

Assurance Collective dans laquelle les Assurés/Adhérents prennent en charge, en totalité ou en partie, le paiement du montant correspondant à la prime due par le Souscripteur.

ASSURANCE COLLECTIVE NON CONTRIBUTIVE

Assurance Collective dans laquelle le Souscripteur contribue entièrement au paiement de la Prime.

GROUPE ASSURABLE

Groupe de personnes liées entre elles et au Souscripteur par une obligation ou un intérêt commun autre que celui de l'assurance.

6. Concernant le Système intégré de Soins de Santé Médis:

SYSTÈME INTÉGRÉ DE SOINS DE SANTÉ MÉDIS

Organisation qui articule le financement direct, dans les conditions et limites convenues, de l'Assuré aux prestataires en réseau conventionné, à savoir les médecins, les hôpitaux, les cliniques, les centres de moyens complémentaires de diagnostic et de thérapie.

MÉDECIN EN LIGNE

Service réalisé à distance par l'intermédiaire de l'application Médis et par un médecin autorisé légalement à exercer par son ordre professionnel, qui comprend la promotion de la santé, la prévention et le traitement de la maladie, ainsi que soigner les personnes qui choisissent la consultation en ligne, en pouvant décider la réorientation vers une consultation présentielle ou des procédures complémentaires réalisées par d'autres

professionnels de santé.

LIGNE MÉDIS

Soutien téléphonique permanent, par lequel l'Assuré peut être orienté vers les soins les plus adaptés, en vue de l'amélioration de sa santé et, si nécessaire, vers un contact téléphonique avec un Médecin Assistant.

CARTE MÉDIS

Carte personnelle et non transmissible, qui identifie son titulaire, face à l'Assureur et au Réseau Médis, afin de lui permettre l'accès au système de soins de santé, en enregistrant, dans le cas de l'intégration de son propre dispositif, les consultations, les actes médicaux et autres moyens utilisés.

RÉFÉRENCEMENT

Exigence nécessaire pour la prise de rendez-vous spécialisés, la réalisation de Moyens Complémentaires de Diagnostic et de Thérapie pour certaines spécialités, qui consiste en son indication expresse par le Médecin Assistant Médis ou un autre médecin faisant partie du Réseau Médis. Le même médecin intégré peut se référer lui-même, ce qui est l'indication d'une même spécialité en vue du suivi successif du patient, dans les limites établies dans les Conditions Particulières.

AUTORISATION

Acte par lequel les services cliniques de l'Assureur permettent l'accès aux garanties d'hospitalisation, de certains actes thérapeutiques, de certains moyens complémentaires de diagnostic et également, des services d'assistance à l'Assuré, sans lesquels ils ne peuvent être financés ou remboursés.

RÉSEAU MÉDIS

Ensemble de prestataires de services conventionnés dans le cadre du système intégré de soins de santé Médis, comprenant des personnes physiques professionnelles de santé et des personnes morales gestionnaires d'unités de santé.

MÉDECIN INTÉGRÉ DU RÉSEAU MÉDIS

Médecin d'une spécialité reconnue par l'Ordre des Médecins compétent, ayant été recruté par Médis pour la prestation de soins de santé dans le cadre de sa spécialité.

MÉDECIN DE SOINS PRIMAIRES INTÉGRÉ

Médecin s'étant joint au Réseau de prestataires de soins de santé Médis, qualifié dans les spécialités de Médecine générale et familiale, Médecine interne, Gynécologie-obstétrique, Pédiatrie, Ophtalmologie, Stomatologie et Médecine dentaire.

MÉDECIN SPÉCIALISÉ INTÉGRÉ

Médecin d'une spécialité autre que celles qui intègrent le réseau de soins primaires et ayant adhéré au réseau de prestataires de soins de santé Médis.

MÉDECIN ASSISTANT MÉDIS

Médecin Spécialisé en Médecine générale et familiale ou en Médecine interne, accessible et disponible en raison de sa proximité avec le Client Médis, doté d'une connaissance approfondie des procédures de l'Assureur et, en articulation avec la Ligne Médis, aide à l'usufruit rapide et adapté des avantages de l'assurance de santé, assurant une gestion plus appropriée des besoins de santé des Clients Médis.

CLAUSE 2 - OBJET

Par le présent contrat, l'Assureur garantit à l'Assuré les garanties, dans le domaine des soins de santé, intégrant individuellement ou conjointement les prestations conventionnées, les prestations indemnitaires et les services d'assistance, identifiés dans les Conditions Particulières de la Police et dont la portée est définie dans les Conditions spéciales et dans ces Conditions générales.

CLAUSE 3 - BASE DU CONTRAT

1. La proposition d'assurance, la proposition d'adhésion individuelle, le Questionnaire Individuel de Santé de chaque Assuré, ainsi que la documentation clinique nécessaire à l'acceptation par l'Assureur du contrat ou de l'adhésion individuelle, constituent la base du contrat d'assurance et font partie intégrante de la Police.

2. Le Souscripteur doit communiquer aux Assurés les garanties accordées et ses exclusions, les engagements et les droits en cas de sinistre, de même que les modifications de contrat, conformément au modèle établi par l'Assureur, sous peine d'engager sa responsabilité civile en termes généraux.

CLAUSE 4 - DEVOIR DE DÉCLARATION INITIALE DE RISQUE

1. Avant la signature du contrat, le Souscripteur ou l'Assuré est tenu de déclarer avec exactitude toutes les circonstances dont il a connaissance et qu'il considère raisonnablement pertinentes pour l'appréciation du risque par l'Assureur.

2. Les dispositions prévues au numéro précédent s'appliquent également aux circonstances dont la mention n'est pas exigée par le questionnaire éventuellement fourni par l'Assureur.

3. L'Assureur qui accepte le contrat, sauf en cas de manquement délibéré du Souscripteur ou de l'Assuré, dont l'objectif est d'obtenir un bénéfice, ne peut se prévaloir:

- a) de l'omission de réponse à la question du questionnaire;
- b) de la réponse imprécise à une question formulée en des termes génériques;
- c) de l'incohérence ou de la contradiction évidente des réponses au questionnaire;
- d) du fait que son représentant, à la signature du contrat, sait être inexact ou, ayant été omis, en a connaissance;
- e) de circonstances connues de l'Assureur, en particulier, lorsqu'elles sont publiques et notoires.

4. Avant la signature du contrat, l'Assureur doit expliquer à l'éventuel Souscripteur ou Assuré le devoir visé au numéro 1, de même que le régime de non-respect, sous peine d'encourir une responsabilité civile, selon les termes généraux.

CLAUSE 5 - MANQUEMENT DÉLIBÉRÉ AU DEVOIR DE DÉCLARATION INITIALE DE RISQUE

1. En cas de manquement délibéré aux dispositions du numéro 1 de la clause précédente, le contrat peut être annulé sur déclaration de l'Assureur adressée au Souscripteur.
2. Si aucun sinistre n'a eu lieu, la déclaration mentionnée au numéro précédent doit être envoyée dans un délai de trois mois à partir de la date où il y a connaissance de non-respect.
3. L'Assureur n'est pas tenu de couvrir le Sinistre qui a eu lieu avant d'avoir eu connaissance du manquement délibéré mentionné au numéro 1 ou au cours du délai prévu au numéro précédent, s'ensuivant le régime général d'annulabilité.
4. L'Assureur a droit à la prime due jusqu'à la fin du délai mentionné au n° 2, sauf s'il y a eu intention ou une énorme négligence de l'Assureur ou de son représentant.
5. En cas de manquement du Souscripteur ou de l'Assuré dont l'objectif est d'obtenir un bénéfice, la Prime est due jusqu'à la fin du contrat.

CLAUSE 6 - MANQUEMENT NÉGLIGENT AU DEVOIR DE DÉCLARATION INITIALE DE RISQUE

1. En cas de non-respect pour négligence du devoir mentionné au n° 1 de la clause n°4, l'Assureur peut, sur présentation de la déclaration à envoyer au Souscripteur, dans un délai de trois mois à partir du moment où il en a eu connaissance:
 - a) proposer une modification du contrat, en fixant un délai, non-inférieur à 14 jours, pour l'envoi de l'acceptation ou, s'il accepte, de la contre-proposition;
 - b) faire cesser le contrat, en montrant que, en aucun cas, des contrats de couverture de risques liés au fait omis ou déclaré de façon non exacte sont signés.
2. Le contrat cesse 30 jours après l'envoi de la déclaration de cessation ou 20 jours après la réception par le Souscripteur de la proposition de modification, s'il n'obtient aucune réponse ou s'il refuse.
3. Dans le cas mentionné au numéro précédent, la prime est reversée au pro rata temporis selon la garantie souscrite.
4. Si, avant la cessation ou le changement du contrat, survient un sinistre dont la vérification ou les conséquences ont été influencées par des faits sur lesquels il y a eu omissions ou des inexactitudes négligentes:
 - a) l'Assureur couvre le sinistre dans la proportion de la différence entre la prime payée et la

prime qui serait due, dans le cas où, à la signature du contrat, il aurait eu connaissance du fait omis ou déclaré de façon inexacte;

- b) l'Assureur, en démontrant que, en aucun cas, n'aurait été signé le contrat s'il avait eu connaissance du fait omis ou déclaré de façon inexacte, ne couvre pas le sinistre et n'est lié que par la restitution de la prime.

CLAUSE 7 - ÉTENDUE TERRITORIALE

1. Sauf disposition contraire stipulée dans les Conditions Spéciales ou Particulières, l'étendue territoriale du présent contrat se limite au territoire national.

2. Seuls sont compris les frais de santé engagés ou à engager à l'étranger en cas d'accident ou de maladie manifesté de forme soudaine, dûment justifiés par un rapport médical, et survenant lors d'un séjour occasionnel à l'étranger de moins de 45 jours.

3. Les garanties du contrat d'assurance sont interrompues, pendant la période constatée, pour l'un des Assurés, absent à l'étranger, pour une durée supérieure de 45 jours, et cette interruption prend effet à partir de la date de son début, même si l'Assureur prend connaissance postérieurement de l'absence.

CLAUSE 8 - PERSONNES ASSURÉES

1. Sont bénéficiaires des garanties conférées par le présent contrat les Assurés qui remplissent, de manière cumulative, les conditions suivantes à la date d'inclusion de la Police:

- a) remplissent le Questionnaire Individuel de Santé avec véracité et exactitude;
- b) sont acceptés par l'Assureur conformément à ses critères d'acceptation en fonction des paramètres d'évaluation du risque en vigueur;
- c) acceptent les règles qui déclenchent les garanties d'assurance et l'utilisation du Système Intégré de Soins de Santé Médis.

2. L'acceptation de l'assurance, à l'égard de chaque Assuré, est confirmée par l'Assureur par l'émission de la Police ou du Certificat Individuel, avec la livraison postérieure d'une Carte Médis.

3. La signature, l'exécution et la résiliation du contrat d'assurance, prend en compte les pratiques et techniques d'évaluation, de sélection et d'acceptation des risques de l'Assureur, sur la base de données statistiques et actuarielles rigoureuses jugées pertinentes.

CLAUSE 9 - GARANTIES ET MODALITÉS

1. Les garanties sont définies dans les Conditions spéciales, et celles mentionnées dans les Conditions particulières intègrent le contrat d'assurance.

2. Les garanties intègrent les modalités des prestations conventionnées, des prestations indemnitaires et des services d'assistance conformément aux conditions stipulées dans les clauses suivantes et les Conditions Spéciales.

CLAUSE 10 - PRESTATIONS CONVENTIONNÉES

1. Dans le cadre des prestations conventionnées, l'Assureur garantit aux Assurés l'accès direct aux médecins, aux hôpitaux ou aux unités de santé, aux centres complémentaires de diagnostic et aux autres services de santé qui, à tout moment, font partie du **Système Intégré des Soins de Santé Médis**, dont les conditions d'utilisation établies dans la Police et le **Guide Médis**.

2. En ce qui concerne les services qui n'intègrent pas les prestataires de soins de santé mentionnés au numéro précédent, le régime de prestations indemnitaires prévu à la Clause suivante est appliqué.

3. Les conditions de financement comprennent les limites maximales, de même que les Paiements partagés ou les Franchises à charge de l'Assuré, concernant les actes médicaux spécifiques, indépendamment du capital garanti ou disponible à tout moment.

4. Le déclenchement des garanties prévues dans les Conditions Particulières est soumis à l'analyse du processus clinique et dépend de l'autorisation expresse des services cliniques de l'Assureur, qui obéit, exclusivement, à des critères médicaux, selon les principes des bonnes pratiques cliniques.

5. L'Assureur remet à l'Assuré le **Guide Médis** avec la liste des prestataires de services qui, à tout moment, intègrent le **Réseau Médis**, et il revient à l'Assuré de choisir l'entité appropriée à son statut, à l'exception des consultations spécialisées et des moyens complémentaires de diagnostic et thérapie qui requièrent une référence ou une autorisation.

6. Lorsque l'Assuré a recours à une entité ne faisant pas partie du **Réseau Médis**, le régime prévu à la Clause suivante est alors appliqué.

CLAUSE 11 - PRESTATIONS INDEMNITAIRES

1. L'Assureur s'engage, dans les conditions et limites fixées dans les Conditions générales, spéciales et particulières, à rembourser les frais engagés par l'Assuré auprès de prestataires de services cliniques non intégrés au **Réseau Médis**, sous réserve des paramètres d'évaluation des actes médicaux conformément au barème établi par l'Ordre des Médecins.

2. Quand l'Assuré a recours à une entité faisant partie intégrante du **Réseau Médis**, mais dans la modalité de prestations indemnitaires, il bénéficie de l'application des prix conventionnés, sans préjudice que seul le montant du remboursement prévu dans les Conditions particulières ne lui soit dû.

CLAUSE 12 - ASSISTANCE

L'Assureur, dans les conditions et les limites de l'étendue territoriale de ce contrat et conformément aux Conditions spéciales établies, garantit la prestation de services d'assistance à l'étranger, pour les accidents ou maladies garantis par la Police.

CLAUSE 13 - EXCLUSIONS

I. Sont exclus du présent contrat les prestations découlant de:

- a) maladies préexistantes ou qui sont la conséquence d'accidents survenus avant la date de début ou d'adhésion à l'assurance;
- b) accidents de voiture, accidents du travail ou maladies professionnelles, ainsi que d'autres accidents et maladies couverts par d'autres assurances obligatoires;
- c) maladies infecto-contagieuses, lorsqu'elles surviennent dans une situation épidémique déclarée par les autorités sanitaires;
- d) toute pathologie résultant, directement ou indirectement, de l'action du virus de l'immunodéficience humaine;
- e) maladies mentales chroniques et tout avantage découlant de la thérapie du sommeil, sauf convention contraire expresse dans les termes établis dans les conditions particulières;
- f) les traitements liés à des problèmes de développement physique, cognitif ou langagier, ainsi qu'à l'apprentissage ou au comportement, à savoir la dyslexie, le déficit de l'attention ou l'hyperactivité;
- g) les troubles résultant d'une intoxication alcoolique, de l'usage de stupéfiants ou de narcotiques non prescrits par un médecin, ou de l'abus de médicaments;
- h) les maladies ou blessures provoquées par la pratique de tout acte volontaire ou gravement fautif de l'Assuré, auto-infligées ou résultant d'actes illicites pratiqués par l'Assuré;
- i) toute méthode de contrôle des naissances et planning familial et également d'interruption volontaire de grossesse, de même que tous les actes médicaux liés à celle-ci;
- j) les dysfonctionnements sexuels, quelle qu'en soit la cause;
- k) les consultations, les traitements et test d'infertilité, de même que les méthodes d'insémination artificielle et leurs conséquences;
- l) tout traitement:
 - i) ou intervention chirurgicale effectuée dans l'intention d'améliorer l'apparence personnelle ou d'enlever un tissu corporel sain et leurs conséquences;
 - ii) ou le traitement sclérosant de l'insuffisance chronique des membres inférieurs;
 - iii) ou les chirurgies esthétiques ou reconstructives et leurs conséquences, à moins qu'elles ne soient incluses dans le traitement d'une maladie maligne ou résultant d'un accident survenu pendant la durée de la Police;
 - iv) de la correction de l'obésité, le traitement de l'amincissement et assimilés et leurs conséquences;

- m) les traitements, actes chirurgicaux et autres actes destinés à corriger des maladies congénitales ou des malformations, sauf stipulation contraire dans les conditions établies dans les Conditions particulières en ce qui concerne les nouveaux-nés garantis par la Police Médicis depuis la naissance;
- n) les traitements d'hémodialyse;
- o) les greffes d'organes et leurs implications, sauf accord contraire en termes de couverture supplémentaire lors de contrats spéciaux
- p) les traitements dans les sanatoriums, spas, maisons de repos, maisons de retraite et autres établissements assimilés, les consultations et les traitements d'hydrothérapie, la médecine complémentaire, l'homéopathie, les ostéopathes et les chiropraticiens, ou les pratiques assimilés, ainsi que tous les actes médicaux ou thérapeutiques non reconnus par l'Ordre des Médecins du Portugal;
- q) les médicaments dont la mise sur le marché n'a pas encore été autorisée par l'autorité compétente;
- r) les accidents survenus et les maladies contractées en vertu de:
 - i) la pratique professionnelle de sports et la participation, en tant qu'amateur, à des compétitions sportives intégrées sans championnat et sans entraînements;
 - ii) la participation à des compétitions sportives et leurs entraînements avec des véhicules, équipés ou pas d moteur (skate, VTT, rafting, deltaplane, parapente et ULM inclus);
 - iii) la pratique du ski et ski nautique, surf, snowboard, chasse sous-marine, la plongée en scaphandre, boxe, arts martiaux, parachutisme, tauromachie, barrage / sauts d'obstacles, spéléologie, canoë-kayak, escalade, rappel, alpinisme, saut à l'élastique et d'autres sports assimilés par leur dangerosité;
 - iv) l'utilisation de véhicules motorisés à deux roues, trois roues ou moto quatre;
 - v) cataclysmes de la nature, actes de guerre, déclarés ou non, actes de terrorisme, sabotage, troubles de l'ordre public et utilisation d'armes chimiques ou bactériologiques;
 - vi) conséquences de l'exposition à des rayonnements.
- s) frais engagés auprès de médecins qui sont des conjoints, pères, enfants ou frères/sœurs de l'Assuré;
- t) soins infirmiers dispensés à domicile ou lors d'une hospitalisation non couverts dans les services hospitaliers;
- u) les procédures expérimentales, ainsi que toutes les procédures de diagnostic et thérapie dont la sécurité et l'efficacité cliniques ne sont d'ailleurs pas prouvées scientifiquement, en accord avec la pratique médicale;
- v) les soins continus, compris comme les services cliniques qui ne nécessitent pas d'hospitalisation dans un établissement hospitalier, et qui peuvent et doivent être dispensés à l'hôpital dans une unité appropriée;
- w) les frais de services qui ne sont pas cliniquement nécessaires, de même que l'assistance et le traitement hospitalier pour des raisons de nature sociale;
- x) les frais de transport de l'Assuré liés à une physiothérapie et dialyse;
- y) les conséquences de retard injustifié ou de négligence imputables au prestataire de soins de santé ou à l'Assuré dans l'utilisation d'une assistance médicale, ou le refus ou le non-respect des traitements prescrits;
- z) les frais engagés pour les personnes accompagnant l'Assuré à l'exception de l'hospitalisation d'enfants de moins de 14 ans.

2. Dans le cadre de l'Assistance Hospitalière et Chirurgicale, sont également exclus de ce contrat:

- a) toutes les techniques chirurgicales destinées à corriger les erreurs de réfraction de la vision, y compris:**
 - i) la kératotomie radiaire;**
 - ii) la photokératectomie réfractive (kératectomie au laser excimer / lasix);**
 - iii) la keratomileusis au laser in situ;**
 - iv) l'insertion de lentilles phaqes intraoculaires.**
- b) le traitement chirurgical de la ronchopathie;**
- c) les plasties mammaires pour augmenter ou réduire leur volume et ses conséquences, quel que soit les indications chirurgicales ou le retrait du matériel de la prothèse mammaire, excepté les cas de traitements de maladie oncologique;**
- d) les traitements et les chirurgies qui représentent la conséquence directe de procédures précédemment refusés par l'Assureur.**

3. Sauf accord contraire exprimé dans les Conditions particulières, le Certificat Individuel ou en vertu des Conditions spéciales, sont également exclues les prestations découlant de:

- a) la stomatologie et la médecine dentaire, à l'exception de la chirurgie résultant d'un accident couvert par le présent contrat et survenant pendant la durée du contrat;**
- b) implants et de toutes les procédures associées, à savoir les attelles diagnostiques et chirurgicales, la régénération osseuse guidée, les piliers transépithéliaux, l'ensemble articulateur, les couronnes temporaires et définitives sur implants, entre autres, sauf accord contraire stipulé dans les Conditions particulières;**
- c) médicament;**
- d) prothèses et orthèses non chirurgicales;**
- e) accouchement;**
- f) bilan de santé générale (check-up);**
- g) paiements partagés ou franchises résultant d'actes ou de procédures médicaux garantis par une autre Police Médis en vigueur pour le même Assuré, présentés à l'Assureur dans le cadre du régime de prestations indemnitaires, jusqu'à hauteur du paiement partagé du même acte ou procédure médical garanti par cette même Police.**

CLAUSE 14 - DÉLAIS DE CARENCE

1. Les délais compris entre la date de début de l'assurance ou, dans le cas d'une assurance collective, entre la date d'adhésion de l'assurance et la date à laquelle les garanties respectives prennent effet, sont indiqués dans les Conditions particulières et les Conditions spéciales applicables.

2. Sans préjudice des dispositions du numéro 1, les garanties liées aux prestations ou aux actes médicaux suivants sont également soumises à un Délai de carence de 6 mois (180 jours):

- a) Traitement chirurgicale ou autres méthodes invasives de l'hypertrophie bénigne de la prostate;
- b) Traitement chirurgicale ou autres méthodes invasives de la pathologie bénigne de l'utérus;
- c) Traitement chirurgicale de la cystocèle et rectocèle.

3. Sans préjudice des dispositions du numéro précédent, les garanties liées aux prestations ou aux actes médicaux suivants sont soumises à un Délai de carence de 12 mois (365 jours):

- a) traitement chirurgical des varices des membres inférieurs;
- b) traitement chirurgical de l'hernie discale;
- c) hémorroïdectomie et autres traitements de la maladie hémorroïdaire ainsi que le traitement chirurgical de la fistule périanale;
- d) traitement de la pathologie articulaire par voie arthroscopique;
- e) septoplastie;
- f) amygdalectomie, adénoïdectomie, myringotomie avec ou sans l'application de tubes de ventilation;
- g) rhinoseptoplastie;
- h) exérèse chirurgicale des lésions bénignes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané;
- i) traitements au laser de lésions bénignes de la peau;
- j) traitement chirurgical de l'apnée du sommeil.

CLAUSE 15 - DÉBUT DE LA COUVERTURE ET PRISE D'EFFET

1. Le contrat ou l'adhésion, une fois accepté, prend effet à partir de 0h00 le 1er ou le 15ème jour du mois suivant la réception de la proposition de l'Assureur, selon que cette réception a lieu, respectivement, jusqu'au 15 ou après le 15ème jour d'un mois donné, et les garanties des Assurés prennent effet à la date de début indiquée dans les Conditions particulières, sans préjudice des dispositions relatives aux Délais de carence ou autres délais suspensifs.

2. La durée du contrat est celle stipulée dans les Conditions particulières de la Police. Elle peut être une durée déterminée ou une durée d'un an se poursuivant les années suivantes.

3. Lorsque le contrat est signé pour une durée déterminée, il cesse ses effets à 24 heures du dernier jour du délai établi.

4. Lorsque le contrat est signé pour une durée d'un an se poursuivant les années suivantes, il est automatiquement et successivement renouvelé pour des durées de un an, à moins que l'une des parties ne le dénonce, par lettre recommandée ou par un autre moyen écrit, au moins 30 jours avant la fin du contrat.

5. Les prestations garanties par l'Assureur respectent exclusivement chaque durée du contrat, et il n'y aura pas d'extension ou d'extension des garanties au-delà de la date d'expiration, sans préjudice des dispositions relatives au non-renouvellement du contrat ou de l'adhésion.

CLAUSE 16 - TERME DU CONTRAT

1. Les garanties conférées par le présent contrat cessent automatiquement leurs effets vis-à-vis de chaque Assuré, sauf accord contraire, dans les cas suivants:

- a) échéance de l'annuité pendant laquelle l'Assuré atteint la limite d'âge fixée dans les Conditions particulières;**
- b) lorsque les membres du foyer ne sont plus à charge, conformément aux stipulations de la définition de la Clause I;**
- c) au terme de l'annuité pendant laquelle l'Adhérent ou le membre du groupe perd la qualité qu'il a obtenu en adhérant au contrat d'assurance;**
- d) manque de paiement de la Prime, dans les conditions légales applicables;**
- e) En cas de non renouvellement du contrat ou de non renouvellement de l'adhésion.**

2. Le présent contrat ou, quand il s'agit d'une assurance collective, son adhésion peut être résiliée par l'une des parties, à la date de son échéance annuelle, par lettre recommandée ou un autre moyen écrit, envoyé à l'autre partie au moins 30 jours avant la date d'échéance.

3. En cas de non renouvellement du contrat ou de non renouvellement de l'adhésion, la responsabilité de l'Assureur cesse à la date du terme, sans préjudice des dispositions du numéro suivant.

4. Dans les deux cas prévus au numéro précédent, l'Assureur reste lié par les prestations garanties pendant une période de deux ans et jusqu'à épuisement du Capital assuré au cours de la dernière période de validité du contrat, pour des maladies manifestées pendant la durée du contrat ou des accidents et d'autres événements déclenchant des indemnisations survenus dans la même période, à condition qu'ils soient couverts par le contrat et déclarés jusqu'à 30 jours après son terme, à l'exception d'un empêchement juste.

5. La Carte Médis appartient à l'Assureur, et engage son titulaire à ne pas en faire usage et à la rendre dès la cessation du contrat d'assurance en raison duquel elle a été émise, sous peine d'encourir la responsabilité civile et criminelle du fait. En cas de perte, d'abus de confiance, de vol de la carte, le titulaire s'engage à le communiquer à Médis, dans un délai maximum de 72 heures, sous peine d'engager sa responsabilité civile en cas d'abus.

CLAUSE 17 - PAIEMENT DES PRIMES

1. La couverture des risques dépend du paiement préalable de la Prime.

2. La Prime correspondant à chaque période de durée du contrat d'assurance est due dans son intégralité, sans préjudice de pouvoir être fractionnée pour des effets de paiement, sur accord entre l'Assureur et le Souscripteur.

3. Sauf lorsqu'il est accordé que l'Assuré payera la Prime directement à l'Assureur, l'obligation de paiement de la Prime incombe au Souscripteur.

4. La Prime ou fraction initiale est due à la date de signature du contrat. Pour une assurance collective, la

Prime ou fraction initiale correspondant à chaque adhésion est due à la date des respectives acceptations.

5. Les fractions de Prime initiale suivantes, la Prime d'annuité et les fractions suivantes, sont dues aux dates établies dans le contrat.

6. La part de la Prime au montant variable, en conséquence d'un ajustement de la valeur et, le cas échéant, la part de la prime correspondant à des modifications de contrat sont dues aux dates indiquées sur les avis d'échéance correspondant.

7. En cas de cessation anticipée du contrat d'assurance, pour quelque motif que ce soit, la Prime ou fraction due par le Souscripteur est calculée proportionnellement à la période écoulée jusqu'à la cessation, donnant lieu au remboursement respectif de la période non écoulée si le Souscripteur a déjà payé la totalité de la Prime ou de la fraction.

8. Le Souscripteur ou l'Assuré, le cas échéant, indique dans le formulaire d'adhésion qu'il souscrit, ou sur un autre document, le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) correspondant au compte bancaire sur lequel sera débité le montant de la Prime et crédité les remboursements de l'Assureur.

CLAUSE 18 - AVIS DE PAIEMENT DES PRIMES

1. Pendant toute la durée du contrat, l'Assureur prévient par écrit le Souscripteur ou l'Assuré, lorsqu'il existe un accord de paiement direct de la prime à l'Assureur, de la somme à payer, de son mode et lieu de paiement, au moins 30 jours avant la date d'échéance de la Prime ou des fractions de prime.

2. Sur l'avis de paiement doit figurer, de façon lisible, les conséquences du défaut de paiement de la Prime ou de la fraction de prime.

3. Les contrats d'assurance qui stipulent le paiement de la prime en fractions périodiques égales ou inférieures à trois mois et dont les documents contractuels indiquent les dates d'échéance des fractions de Prime successives et les montants à payer, tout comme les conséquences du défaut de paiement, l'Assureur peut choisir de ne pas envoyer l'avis cité au n° 1, et en ce cas donc, il incombe au Souscripteur de faire preuve de l'émission, de l'acceptation et de l'envoi des documents contractuels mentionnés à ce numéro.

CLAUSE 19 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES PRIMES

1. Le défaut de paiement de la Prime initiale, ou de la première fraction de prime, à la date d'échéance, détermine la résiliation automatique du contrat à partir de la date de signature.

2. Le défaut de paiement détermine la résiliation automatique du contrat à la date d'échéance de:

- a) une fraction de la prime au cours de l'année;**
- b) une surprime résultant d'une modification du contrat fondée sur une aggravation du risque.**

3. Dans le cas d'une assurance collective contributive, quand l'Assuré n'effectue pas le paiement

de la Prime à l'Assureur ou, lorsqu'il existe un accord de paiement direct de la prime à l'Assureur, et que ce paiement n'est pas confirmé, l'Assuré est exclus de la couverture de l'assurance.

4. Le défaut de paiement de la Prime des annuités suivantes, ou de la première fraction de prime, à la date où elle est due empêche de proroger le contrat ou la couverture de l'Assuré en question.

5. Le défaut de paiement, à la date d'échéance, d'une Surprime qui découle d'une modification contractuelle détermine l'inefficacité de la modification, le contrat ou la couverture et les conditions contractuelles demeurent inchangées, à moins que le maintien du contrat ne s'avère impossible, auquel cas il est considéré résilié à la date d'échéance de la Surprime impayée.

CLAUSE 20 - ACCÈS, PROCÉDURES ET RÉGULARISATION

1. En cas de besoin de soins de santé couverts par ce contrat, et en fonction des prestations conventionnées ou indemnitaires, l'Assuré pourra accéder au système intégré des soins de santé Médis ou recourir, de son libre choix, à un médecin, un hôpital ou une clinique en cas de besoin d'hospitalisation, il doit être observé, dans chacun des cas, les prescriptions du médecin qui a assisté et les procédures prévues dans les points suivants.

2. En cas de Prestations conventionnées, l'Assuré peut:

- a) choisir un Médecin Assistant du Réseau Médis;
- b) consulter un médecin du Système Intégré des soins de santé Médis ou contacter la Ligne Médis qui lui indiquera un médecin ou un service de santé adapté à chaque cas. Si nécessaire, un de ces contacts indiquera un médecin spécialisé ou une unité de santé du Réseau Médis;
- c) contacter la Ligne Médis, par laquelle un infirmier enregistre les informations relatives aux symptômes présentés, mais aussi le besoin d'une assistance médicale dû à la situation et son degré d'urgence, puis suggère les moyens les plus appropriés à la situation et renseigne sur les signes et les symptômes qui impliquent un autre type d'actions, bien que cet acte ne représente en aucune circonstance un acte médical ou un diagnostic clinique.

3. Dans chacun des cas prévus dans le numéro précédent, et afin de permettre l'optimisation de l'extension des couvertures, l'Assuré devra suivre les procédures suivantes:

- a) s'identifier comme titulaire ou indiquer le titulaire des prestations de services du Réseau Médis;
- b) fournir l'information nécessaire à la correcte évaluation de son état de santé;
- c) obtenir un référencement, lorsque celui-ci est obligatoire dans les conditions du liste de couvertures, pour une consultation médicale spécialisée dont le médecin intègre le Réseau Médis ou pour la réalisation de moyens complémentaires de diagnostic et thérapie dans une unité de santé intégrée au Réseau Médis;
- d) garantir la demande préalable d'autorisation auprès de l'Assureur, de la part du Médecin, au cas où celle-ci requiert un financement, pour couvrir les procédures et les actes médicaux. La liste des procédures nécessitant une autorisation préalable est disponible à l'adresse suivante: [Qu'est-ce qu'une autorisation préalable? | Médis \(medis.pt\)](#);
- e) se soumettre à un examen médical désigné par l'Assureur, lorsque celui-ci l'estime nécessaire.

4. Recourir à des médecins ne faisant pas partie des unités de santé du Réseau Médis ou qui ne sont pas

conventionnés, est considéré une prestation hors du Système Intégré des soins de Santé Médis dont le remboursement s'effectue comme une prestation indemnitaire, dans les conditions et limites des couvertures stipulées dans les Conditions particulières applicables.

5. En cas de Prestations indemnitaires, l'Assuré doit:

- a) solliciter à l'Assureur à travers du médecin traitant, l'autorisation de couverture nécessaire aux procédures et aux actes médicaux correspondant;
- b) communiquer à l'Assureur la situation clinique de même que les actes médicaux réalisés, en joignant un compte-rendu détaillé;
- c) se soumettre à un examen médical désigné par l'Assureur, lorsque celui-ci l'estime nécessaire.

6. Le remboursement des frais engagés compris dans ce contrat est réalisé après réception des documents justificatifs, valables selon les normes légales en vigueur et dans le respect des procédures suivantes:

- a) mention, en cas d'accident, de la date, heure, local, intervenants, causes et conséquences, témoins, procès-verbal dressé par une autorité et identification de l'éventuel responsable;
- b) présentation, dans un délai de 120 jours à compter de l'exécution des frais, sous peine de caducité des droits de remboursement, de tous les documents originaux justifiant les frais engagés, lesquels détaillent les services fournis, accompagnés de l'ordonnance médicale, sachant cependant que l'Assureur peut accepter les photocopies fournis par l'Assuré, si celui-ci a besoin des originaux pour être remboursé par une autre entité, dans ce cas l'Assuré devra fournir la preuve du montant dépensé et du remboursement de cette entité;
- c) se soumettre à un examen médical désigné par l'Assureur, lorsque celui-ci l'estime nécessaire.

7. Dans chacune des circonstances prévues aux numéros précédents, les services cliniques de l'Assureur sont autorisés par l'Assuré à être informé, à tout moment, auprès des médecins qui l'assistent et à obtenir les copies des rapports cliniques ou de tout autre document faisant référence à l'assistance fournie, dans le strict respect du devoir de confidentialité et de la loi en vigueur.

8. Sans préjudice des dispositions des Conditions spéciales et particulières de la Police, le montant du remboursement des frais médicaux a une incidence sur le montant effectivement pris en charge par l'Assuré et non remboursé par une autre entité, dans le respect des procédures suivantes:

- a) lorsque les documents originaux justifiant les frais sont présentés, le pourcentage du remboursement sera calculé sur le montant total;
- b) lorsque les documents provenant d'une autre entité, justifiant les frais engagés et les contributions auxquels l'Assuré a eu recours sont présentés, le pourcentage du remboursement sera uniquement calculé sur les frais non remboursés restant.

9. Le remboursement des frais médicaux peut être soumis aux limites maximales de contribution partagée, indépendamment du capital garanti et disponible, tels que stipulés dans les Conditions particulières applicables.

CLAUSE 21 - SUBROGATION

Jusqu'aux indemnités versées à titre de remboursement, ou jusqu'au montant du financement supporté dans

le cadre des prestations conventionnées, l'Assureur est subrogé dans tous les droits de l'Assuré face aux tiers civilement responsables. Cela engage le Souscripteur ou l'Assuré à fournir à l'Assureur tous les éléments relatifs à l'exercice de ces droits, sous peine d'être tenu responsable des pertes et dommages.

CLAUSE 22 - MODIFICATIONS DES TERMES DU CONTRAT

- 1. L'Assureur peut proposer des modifications des garanties, du capital d'assurance, des franchises, des paiements partagés et des primes, ainsi que des critères d'utilisation du financement ou du remboursement des frais de santé, qui prendront effet dans l'annuité suivante du contrat, à condition que l'Assureur communique au Souscripteur ou à l'Assuré ces modifications dans un délai de 30 jours avant la date de renouvellement du contrat ou de la garantie.**
- 2. Les modifications sont acceptées si le Souscripteur ou l'Assuré ne dit rien dans les 14 jours suivant la réception de la proposition.**
- 3. Si les modifications proposées par l'Assureur ne sont pas acceptées, le contrat expire à la date du renouvellement du contrat ou de la garantie.**
4. Les capitaux assurés, les primes et les franchises, peuvent faire l'objet d'une indexation annuelle, laquelle portera automatiquement à l'échéance de la Police, conformément aux dispositions stipulées dans les Conditions particulières.
5. Lorsqu'elles sont calculées en fonction des catégories d'âge, les Primes correspondant aux changements d'échelons de l'Assuré sont exigibles à la date du renouvellement suivant du contrat.
6. L'Assureur formalise par écrit les modifications du contrat.

CLAUSE 23 - COORDINATION DES PRESTATIONS

- 1. L'Assuré informe l'Assureur d'autres assurances de même nature que le présent contrat dès qu'il en prend connaissance, ainsi que de la date de l'accident, de sorte à coordonner les prestations conventionnées ou indemnitaires dues en vertu des différents contrats.**
- 2. L'omission frauduleuse de l'information en référence au numéro précédent exonère l'Assureur de sa prestation.**
- 3. En application de cette clause, tout système permettant le remboursement ou participation aux frais assimilés à ceux garantis par le présent contrat, et dont l'Assuré en est le bénéficiaire, équivalent à une assurance.**

CLAUSE 24 - ARBITRAGE

1. En cas de désaccord entre le droit de l'Assuré aux prestations de l'Assureur, portant sur des questions

exclusivement de nature clinique, il peut y avoir recours à l'arbitrage.

2. Dans le cas énoncé au numéro précédent, chaque partie désigne un médecin qui la représente et il appartient aux personnes désignées de convenir de la nomination d'un autre médecin qui la préside.
3. Les coûts associés à la procédure d'arbitrage sont à la charge de chaque partie pour l'arbitre désigné et de moitié à l'égard de l'arbitre-président.

CLAUSE 25 - COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS

1. Les communications ou notifications prévues dans cette Police seront considérées valables et pleinement effectives si elles sont effectuées par lettre recommandée ou par un autre moyen écrit, adressées au siège social de l'Assureur ou à l'adresse du Souscripteur ou de l'Assuré figurant sur le contrat.
2. En cas de changement d'adresse, le Souscripteur ou l'Assuré doit en informer l'Assureur dans les 30 jours suivant la date du changement, sous peine des communications ou notifications de l'Assureur être envoyées à la dernière adresse connue valide et efficace.
3. Tous les documents contenant les informations cliniques ne pourront être mis à disposition que sur intervention des médecins, tout en préservant la confidentialité et le secret liés aux données personnelles et de santé.

CLAUSE 26 - DONNÉES PERSONNELLES

1. Le traitement des données personnelles est effectué par l'Assureur et ses sous-traitants avec le consentement sans équivoque de son titulaire, sachant que son traitement est nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance et aux fins de gestion de la prestation de soins ou de traitements médicaux ou de la gestion de services de santé et réalisé par des professionnels de la santé tenus par le secret ou par des personnes également soumises au secret professionnel.
2. L'Assureur est responsable du traitement et de la garantie de mesures adéquates de sécurité des données, dans le but prévu au numéro précédent, et il garantit aux Assurés le droit d'accès et de rectification de ces données.

CLAUSE 27 - DROIT APPLICABLE ET TRIBUNAL COMPÉTENT

1. Lorsque les parties n'ont pas choisi, dans les limites du droit, une autre loi qui lui est applicable, ce contrat est régi par la Loi Portugaise.
2. Le tribunal compétent pour régler les litiges avec ce contrat est fixé dans la loi civile.

CONDITIONS SPÉCIALES

CONDITION SPÉCIALE – INDEMNITÉS JOURNALIÈRES D'HOSPITALISATION

1. Aux fins de la présente Condition Spéciale, on considère les définitions suivantes:

Champ d'application territorial: admissions en territoire portugais;

Indemnité journalière: montant par jour et fixe, qui est dû pour toute la durée de l'hospitalisation comme indiqué dans les Conditions Particulières.

2. Selon cette Condition Spéciale, lorsque la garantie est souscrite, l'Assureur est tenu de verser à l'Assuré une indemnité journalière, en raison de la Maladie, dans les conditions et les limites fixées aux Conditions Particulières, après leur entrée en vigueur.

3. Le remboursement des frais engagés est subordonné à la présentation, à l'Assureur, des documents suivants:

- a) déclaration originale de l'autorisation de sortie et rapport médical;**
- b) justification des frais engagés avec leur description et / ou une déclaration détaillée des services prêtés, notamment le nombre de jours d'hospitalisation, la description de l'intervention chirurgicale réalisée et analogues;**
- c) l'assureur ne procède pas au remboursement des dépenses pour lesquelles les éléments nécessaires n'ont pas été présentés.**

4. Exclusions:

- a) les exclusions mentionnées dans les Conditions Générales de l'Assurance Maladie, sauf mention contraire exprimée selon les modalités énoncées dans les Conditions Particulières.**

CONDITION SPÉCIALE – ASSISTANCE CLINIQUE EN RÉGIME D'HOSPITALISATION

1. Conformément à la Condition spéciale, lorsqu'elle fait partie de la couverture, l'Assureur s'engage à:

- a) dans le cadre des Prestations conventionnées, financer l'accès de l'Assuré aux prestataires de services cliniques liés à l'assistance clinique en milieu hospitalier intégrés au Réseau Médis, dans les conditions et les limites fixées dans les Conditions particulières;**
- b) dans le cadre des prestations indemnitaires, rembourser l'Assuré des frais d'assistance clinique nécessitant des moyens et services spécifiques en milieu hospitalier, conformément aux dispositions des Conditions particulières.**

2. Cette garantie couvre la prestation de soins hospitaliers, y compris les soins hospitaliers ambulatoires, à condition que le besoin d'un environnement hospitalier soit cliniquement prouvé.

3. Les frais susceptibles d'être financés par le Réseau Médis ou remboursables sont les frais engagés pour des actes médicaux, chirurgicaux ou diagnostiques nécessitant des moyens et des services spécifiques indispensables en milieu hospitalier pour leur réalisation, à savoir:

- a) les honoraires liés aux actes réalisés en milieu hospitalier, tels que les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien, d'un anesthésiste, d'un aide-soignant et d'un instrumentiste;
- b) les moyens complémentaires de diagnostic et de thérapie associés aux actes réalisés en milieu hospitalier;
- c) les médicaments administrés pendant la période d'hospitalisation et associés aux actes réalisés;
- d) les matériaux, les équipements et les produits associés aux actes réalisés en milieu hospitalier;
- e) les installations nécessaires à la réalisation des actes en milieu hospitalier, tels que une salle d'opération, une salle de réveil et une chambre;
- f) le transport en ambulance, vers et depuis l'hôpital, à condition que l'état de santé de l'Assuré le justifie;
- g) les prothèses implantées chirurgicalement;
- h) les autres actes ou procédures figurant dans les conditions convenues de prix fermés, le cas échéant.

4. La couverture de l'Assistance clinique en régime d'hospitalisation est assujettie à un Délai de carence de 90 jours.

5. Les Contributions, Remboursements, Capitaux, Franchises et Paiements partagés sont prévus dans les Conditions particulières.

6. Les frais de nature privée ou de nature non clinique ne sont pas remboursables.

CONDITION SPÉCIALE - ASSISTANCE CLINIQUE EN RÉGIME AMBULATOIRE

1. Conformément à la Condition spéciale, lorsqu'elle fait partie de la couverture, l'Assureur s'engage à:

- a) dans le cadre des Prestations conventionnées, financer l'accès de l'Assuré aux prestataires de services cliniques liés à l'assistance clinique en régime ambulatoire intégrés au Réseau Médis, dans les conditions et les limites fixées dans les Conditions particulières;
- b) dans le cadre des Prestations indemnitaires, rembourser l'Assuré des frais engagés avec des soins médicaux ambulatoires, dans les conditions et limites fixées dans les Conditions particulières.

2. Les frais susceptibles d'être financés en vertu du régime d'accès aux prestataires de services cliniques intégrés ou remboursables sont ceux engagés pour le paiement d'actes médicaux, chirurgicaux ou diagnostiques nécessitant des moyens et des services spécifiques en milieu hospitalier pour leur réalisation, à savoir:

- a) les consultations médicales;
- b) les honoraires médicaux liés à des actes réalisés en milieu non hospitalier;
- c) les moyens complémentaires de diagnostic et de thérapie réalisés en milieu non hospitalier;

- d) les matériaux et les équipements associés à des actes spécifiques et utilisés lors de leur exécution;
- e) les honoraires de soins infirmiers liés aux actes réalisés en milieu non hospitalier;
- f) le transport en ambulance, vers et depuis des unités de santé, à condition que l'état de santé de l'Assuré le justifie;

3. La couverture de l'Assistance clinique en régime ambulatoire est assujettie à un Délai de carence de 60 jours.

4. Les Contributions, Remboursements, Capitaux, Franchises et Paiements partagés sont prévus dans les Conditions particulières.

CONDITION SPÉCIALE - SANTÉ MENTALE

Conformément à cette Condition spéciale, lors de la souscription de la garantie, la Personne assurée, dans les conditions et limites fixées aux Conditions particulières, garantit le paiement des frais engagés pour :

- a) Hospitalisation psychiatrique effectuée dans le cadre du Réseau Médis et pour laquelle une autorisation préalable a été donnée par les services cliniques de Médis. Comprend les honoraires médicaux et infirmiers, les médicaments, le matériel et tous les produits associés aux soins dispensés,
- b) Consultations en psychiatrie,
- c) Consultations en psychologie et psychothérapie,

À l'exception des exclusions énoncées dans les Conditions Générales de la Police, cette garantie ne garantit pas:

- a) Séjour des accompagnateurs de la Personne assurée ;
- b) Dépenses de nature privée ou qui ne sont pas d'ordre médical
- c) Dépenses liées à la psychologie professionnelle et au développement de carrière
- d) Dépenses liées à la Psychologie du travail, sociale et organisationnelle, y compris, mais sans s'y limiter, le coaching psychologique, la psychologie communautaire, la psychologie de la santé au travail

La garantie de Santé mentale est soumise aux périodes d'attente suivantes

Hospitalisation psychiatrique - 90 jours.

Consultations en psychiatrie, psychologie et psychothérapie – 60 jours

Les contributions, remboursements, capitaux, franchises et copaiements sont prévus dans les Conditions Particulières.

CONDITION SPÉCIALE - PROTECTION RENFORCÉE EN ONCOLOGIE

I. Conformément à cette condition particulière, l'assureur s'engage à garantir les conditions expliquées ci-dessous aux assurés ayant reçu un diagnostic de maladies oncologiques attestées

dans le respect des dispositions et des exclusions établies dans les conditions générales et particulières.

En vue de cette condition particulière, les définitions suivantes doivent être prises en compte :

Activation de la protection renforcée en oncologie :

processus par lequel les services cliniques de Médis confirment l'accès de la personne assurée ayant reçu un diagnostic de maladies oncologiques aux garanties énoncées dans cette condition particulière.

Capital supplémentaire :

montant qui s'ajoute au capital assuré par contrat avec l'activation de la protection renforcée en oncologie, en fonction des dispositions établies dans la condition particulière.

Maladies oncologiques :

toutes les maladies classées comme " néoplasies " dans les chapitres respectifs de la Classification internationale des maladies (CIM) sont comprises ; les néoplasies classées comme bénignes sont exclues.

Est compris dans cette condition particulière :

- 1) Capital supplémentaire dans la couverture de l'assistance clinique au titre de l'hospitalisation, selon les termes et les limites fixés dans les Conditions particulières.
- 2) Capital supplémentaire dans la couverture de l'assistance clinique au titre des soins ambulatoires, selon les termes et les limites fixés dans les Conditions particulières.
- 3) Couverture des prothèses et des orthèses dans les conditions et limites fixés dans les conditions particulières.

Les dépenses remboursables dans le cadre des prestations compensatoires sont celles effectuées comme paiement de:

1. Soutiens pour prothèses mammaires;
2. Prothèse mammaire bilatérale externe;
3. Prothèse mammaire unilatérale externe;
4. Chevelures;
5. Produits de support de stomie;

L'attribution de la prise en charge des produits décrits exige la présentation des documents suivants :

- Photocopie de la prescription médicale, émise dans un délai de moins de 90 jours jusqu'à la date d'achat des articles mentionnés ci-dessus ;

- Reçu du fournisseur des articles mentionnés ci-dessus, en indiquant expressément et spécifiquement les spécifications, la quantité et le prix des articles achetés.

La couverture des prothèses et des orthèses est soumise à un délai de carence.

4) Couverture des services d'assistance dans les conditions et limites fixés dans les conditions particulières concernant :

i) Transport de malades

Si l'assuré est incapable de se déplacer par ses propres moyens pour réaliser des services de santé, tels que des examens complémentaires de diagnostic, des consultations, des hospitalisations et des sorties d'hôpital, le service d'assistance assure le transport de l'assuré en ambulance ou en taxi, selon les besoins identifiés.

Le transport n'est attribué qu'à des situations non urgentes.

On considère un déplacement la réalisation d'un trajet entre la localisation du client, l'unité de santé et son retour, en vue du calcul des limites de cette garantie.

ii) Soutien psychologique

Lorsque le besoin d'une aide psychologique ou d'un suivi psychologique spécialisé pour un assuré ou un membre de sa famille est identifié, le service d'assistance met à disposition des consultations avec un psychologue à la fois pour le patient et pour les membres de la famille. La consultation peut se dérouler à domicile ou au cabinet médical, dans les limites prévues.

iii) Services de confort

Si la personne assurée est incapable de réaliser des tâches quotidiennes régulières, le service d'assistance assure, dans les limites prévues dans les conditions particulières, les services de confort suivants :

a) Transport spécialisé d'enfants

Le service d'assistance assure le transport des enfants de moins de 18 ans, à charge de l'assuré, en transport spécialisé, dans les limites prévues dans les conditions particulières ;

b) Babysitter

Le service d'assistance organise et prend en charge les frais engagés pour une personne soignant des enfants de moins de 18 ans, dans les limites prévues dans les conditions particulières ;

c) Services de soutien administratif

Le service d'assistance prend en charge les frais engagés pour une personne à soigner, afin d'accomplir les démarches administratives concernant la vie de l'assuré, telles que : le paiement des factures, les déplacements au bureau de poste et la remise de documents aux services publics, dans les limites prévues dans les conditions particulières ;

d) Service de nettoyage et hygiène personnelle

Le service d'assistance fournit les services de nettoyage et d'hygiène personnelle nécessaires à l'assuré, à son domicile, en prenant en charge les frais engagés dans les limites fixées dans les conditions particulières ;

e) Services d'alimentation :

Le service d'assistance organise et prend en charge les frais liés à l'envoi d'une personne spécialisée dans la confection de repas, au domicile de l'assuré, dans les limites fixées dans les conditions particulières, bien que le coût des aliments soit à la charge de l'assuré ;

f) Services de physiothérapie :

Le service d'assistance propose des séances de physiothérapie au domicile de l'assuré, sur prescription médicale ;

Le service d'assistance prend en charge les frais liés aux honoraires de physiothérapie, dans les limites prévues dans les conditions particulières, bien que le coût du matériel soit à charge de l'assuré ;

iv) Soins infirmiers à domicile

Sur prescription médicale, le service d'assistance prend en charge le déplacement d'un infirmier professionnel et assure la réalisation des soins infirmiers prescrits.

Les soins infirmiers prévus dans cette garantie sont les suivants :

a) le traitement des plaies, des ulcères de pression et/ou des escarres ;

- b) des injections, quelque soit les voies d'administration ;
- c) sondage urinaire ;
- d) sondage naso-gastrique ;
- e) placement de sérum et surveillance ;
- f) retrait de points et agrafes ;
- g) soins d'hygiène et confort ;
- h) vaccination ;
- i) aérosols ;
- j) oxygénothérapie ;
- k) soins infirmiers de stomies ;

Le paiement des consommables utilisés pour la prestation des actes de soins est à charge de l'assuré.

Cette garantie de services d'assistance n'est pas assujetti à un délai de carence. Pour solliciter ces services, l'assuré doit contacter la Ligne Médis.

5) Les prises en charge, remboursements, capitaux assurés, franchises, paiements partagés et délais de carence liés à chacune des couvertures mentionnées dans cette condition particulière, sont prévus dans les Conditions particulières.

6) Les frais engagés avant la date du diagnostic dans la couverture d'hospitalisation peuvent être remboursés, sur présentation de preuves cliniques et explicites mentionnant que les mêmes dépenses aient été engagées dans le processus de traitement/diagnostic de maladies oncologiques analysées, survenant après la date de début du contrat et conformément aux conditions de la police à ce jour. Les frais engagés en ambulatoire sont exclus.

7) Accès et procédures de la condition particulière de protection renforcée en oncologie

L'assuré a accès à l'extension des capitaux et des garanties, suite à l'activation de la Protection renforcée en oncologie.

Pour activer la protection renforcée en oncologie, l'assuré doit remettre à l'assureur le rapport de l'examen anatomopathologique ou un autre examen complémentaire, dans les cas où la caractérisation de la maladie oncologique est effectuée par une autre méthode. Un rapport médical indiquant la date du diagnostic initial doit également être remis.

Le processus peut être déclenché en remplissant le formulaire et en envoyant la documentation dans l'espace réservé à l'assuré sur le site Web de Médis ou en contactant la Ligne Médis.

Ce n'est qu'après confirmation clinique du diagnostic éligible à l'activation (néoplasie maligne, selon la Classification internationale des maladies) que débutera l'extension des capitaux et des garanties qui découlent de ce processus.

Médis se réserve le droit d'activer de manière proactive la protection renforcée en oncologie, sans avoir besoin d'adresser une demande formelle au client, à condition qu'il dispose des informations nécessaires à cet effet.

CONDITION SPÉCIALE - STOMATOLOGIE ET MÉDECINE DENTAIRE

1. Conformément à la Condition spéciale, lorsqu'elle fait partie de la couverture, l'Assureur s'engage à:

- a) dans le cadre des Prestations conventionnées, financer l'accès de l'Assuré aux prestataires de services cliniques liés à la stomatologie et médecine dentaire intégrés au Réseau Médis, dans les conditions et les limites fixées dans les Conditions particulières;**
- b) dans le cadre des Prestations indemnitaires, rembourser l'Assuré des frais engagés dans les soins médicaux de stomatologie et médecine dentaire, dans les conditions et limites fixées dans les Conditions particulières.**

2. Les frais susceptibles d'être financés par le Réseau Médis, ou remboursables, sont:

- a) les consultations;**
- b) la dentisterie (restauration et obturation de cavités);**
- c) la paradontologie (détartrage);**
- d) la petite chirurgie orale;**
- e) les prothèses;**
- f) les orthèses (appareils de correction);**
- g) les moyens complémentaires de diagnostic et thérapie;**

3. En application du numéro précédent, sont considérés:

Prothèses - tout instrument conçu cliniquement ou recommandé, destiné à remplacer dans sa totalité ou en partie un membre ou un organe;

Orthèse - tout instrument conçu cliniquement ou recommandé pour aider un membre ou un organe à exécuter, en totalité ou en partie, sa fonction.

4. La garantie de Stomatologie et Médecine dentaire est assujettie à un Délai de carence de 60 jours.

5. Les garanties prévues dans la Condition spéciale comprennent l'établissement de Franchises, de même que les montants minimaux et maximaux à rembourser, dûment stipulés dans les Conditions particulières.

CONDITION SPÉCIALE - MÉDICAMENTS

1. Selon les termes de cette Condition spéciale, lorsqu'elle fait partie de la couverture, l'Assureur s'engage à rembourser à l'Assuré, dans les conditions et les limites prévues dans les Conditions particulières, les frais occasionnés par l'achat de médicaments, en tant que tels officiellement qualifiés, remboursables par le Service National de Santé.

2. La somme non remboursable par le Service National de Santé, relativement au prix de vente

au public du médicament, est une dépense remboursable.

3. Les dépenses non remboursables sont celles engagées pour le paiement de:

- a) médicaments sans ordonnance (en vente libre);
- b) vaccins;
- c) aliments pour enfants;
- d) produits diététiques, naturistes, suppléments et manipulés;
- e) produits esthétiques et cosmétiques, hygiène générale, y compris hygiène buccale et dentaire;
- f) articles sanitaires et antiseptiques;
- g) matériel de pansement.

4. Le remboursement des frais engagés dépend de la vérification des hypothèses suivantes:

- a) Les médicaments doivent être prescrits par un médecin et utilisés pour le traitement de blessures résultant de situations cliniques dont la couverture est garantie par contrat;
- b) L'original ou la copie de l'ordonnance médicale, signé par la pharmacie de distribution et apposé des autocollants ou des codes-barres ou numéro d'enregistrement des médicaments prescrits, doit être envoyé à l'Assureur, ainsi que le récépissé correspondant, avec la mention expresse et lisible des médicaments fournis et des montants qui, après déduction du montant du remboursement, le cas échéant, sont à la charge de l'Assuré, dans les conditions prévues pour la coordination des prestations. L'Assureur ne rembourse pas les dépenses pour lesquelles il n'a reçu pas les éléments de preuve nécessaires.

5. La garantie des Médicaments est assujettie à un Délai de carence de 60 jours.

6. Les Contributions, Remboursements, Capitaux, Franchises et Paiements partagés sont prévus dans les Conditions particulières.

CONDITION SPÉCIALE - ACCOUCHEMENT

1. Selon les termes de cette Condition spéciale, lorsqu'elle fait partie de la couverture, l'Assureur s'engage à financer l'accès à l'Assuré, aux prestataires de services cliniques d'accouchement ou d'interruption de grossesse sur indication médicale, pour cause de dépénalisation et si, au cours de la période normale de gestation, l'accouchement survient au terme du Délai de carence, dans les conditions et les limites prévues dans les Conditions particulières;

- a) dans le cadre des prestations conventionnées, assurer l'accès de l'Assuré aux prestataires de services cliniques intégrés;
- b) dans le cadre des Prestations indemnitaires, à rembourser l'Assuré des frais engagés.

2. Les frais remboursables, ou susceptibles d'être financés en vertu du régime d'accès aux prestataires de services cliniques intégrés, sont:

- a) les honoraires médicaux obstétricaux;
- b) les honoraires de l'anesthésiste, aide-soignant et instrumentiste, lorsque cela est justifié;
- c) les honoraires médicaux de pédiatrie, pendant toute la durée d'hospitalisation de la parturiente en vertu de cette Condition spéciale;
- d) les moyens complémentaires de diagnostic réalisés pendant toute la durée de l'hospitalisation;
- e) les médicaments lorsqu'ils sont administrés pendant toute la durée de l'hospitalisation;
- f) les matériaux, produits et équipements lorsqu'ils sont associés à des actes réalisés pendant toute la durée de l'hospitalisation;
- g) les installations nécessaires à la réalisation des actes (salle d'opération, salle de réveil, salle d'accouchements, chambre);
- h) l'indemnité journalière du nouveau-né, pendant toute la durée d'hospitalisation de la parturiente en vertu de cette Condition spéciale;
- i) le transport en ambulance, vers et depuis l'hôpital, à condition que l'état de santé de la parturiente le justifie.

3. La garantie de l'Accouchement est assujettie à un Délai de carence de 365 jours.

4. Les Contributions, Remboursements, Capitaux, Franchises et Paiements partagés sont prévus dans les Conditions particulières.

CONDITION SPÉCIALE - PROTHÈSES ET ORTHÈSES

1. Conformément à cette Condition spéciale, lorsqu'elle fait partie de la couverture, l'Assureur garantit le paiement des frais engagés pour l'achat ou la location, selon la prescription médicale, de prothèses et d'orthèses, dans les conditions et les limites prévues dans les Conditions particulières.

2. Les frais remboursables dans le cadre des prestations indemnitaires, ou susceptibles d'être financés en vertu du régime d'accès aux prestataires de services cliniques intégrés, sont les frais payés pour:

- des orthèses ophtalmologiques;

Les frais remboursables dans le cadre des prestations indemnitaires sont les frais payés pour:

- des prothèses et orthèses non ophtalmologiques

3. En application du numéro précédent, sont considérés:

Prothèse - tout instrument conçu cliniquement ou recommandé, destiné à remplacer dans sa totalité ou en partie un membre ou un organe;

Orthèse - tout instrument conçu cliniquement ou recommandé pour aider un membre ou un organe à exécuter, en totalité ou en partie, sa fonction.

- 4. En vertu de cette Condition spéciale, la contribution est attribuée pour les frais portant sur l'achat de:**
- a) une paire de verres de contact gradués ou autres, pour chaque annuité du contrat d'assurance, ou jusqu'à deux paires dans le cas où l'Assuré est âgée de moins de 16 ans à la date de réalisation de la dépense; les lentilles de contact jetables sont remboursables en partie, quel que soit leur nombre, jusqu'à la limite annuelle du capital prévu dans les Conditions particulières de la Police;
 - b) une monture toutes les deux annuités du contrat d'assurance ou une monture pour chaque annuité si l'Assuré à moins de 16 ans à la date de réalisation de la dépense;
 - c) prothèses auditives, ophtalmologiques et correction de chaussures orthopédiques;
 - d) location ou achat de fauteuil roulant et de béquilles si leur prix de location n'excède pas le prix d'achat.
- 5. En vertu de cette Condition spéciale, la contribution est attribuée pour les frais portant sur l'achat de prothèses oculaires, notamment pour remplacer des yeux énucléés.**
- 6. Pour bénéficier de la contribution aux dépenses d'achat de prothèses ou orthèses, la présentation des documents suivants est nécessaire:**
- a) photocopie de l'ordonnance médicale ophtalmologique, qui doit être émise dans un délai non inférieur à 90 jours à compter de la date d'achat de la prothèse ou orthèse;
 - b) photocopie de l'ordonnance médicale en cas de prothèses auditives, ophtalmologiques, correction de chaussures orthopédiques, fauteuil roulant et béquilles;
 - c) récépissé de l'entité ayant fourni la prothèse ou orthèse, indiquant notamment et expressément, la qualité, quantité et le prix des matériaux acquis.
- 7. Outre les exclusions prévues dans les Conditions générales de la Police, cette couverture ne garantit pas:**
- a) les prothèses dentaires;
 - b) les ceintures médicales, les chaussettes élastiques, les matelas orthopédiques, les oreillers orthopédiques ou les chaussures orthopédiques;
 - c) les autres équipements classés comme aides techniques;
 - d) les lunettes de soleil, y compris, séparément ou ensemble, les montures et verres gradués ou pas.
 - e) La couverture des Prothèses et Orthèses est assujettie à un Délai de carence de 60 jours.
 - f) Les Contributions, Remboursements, Capitaux, Franchises et Paiements partagés sont prévus dans les Conditions particulières.

CONDITION SPÉCIALE - ASSISTANCE CLINIQUE À L'ÉTRANGER

1. Conformément à cette Condition spéciale, lorsqu'elle fait partie de la couverture, l'Assureur s'engage à fournir un service d'assistance aux Assurés ayant besoin de soins de santé à l'étranger, lié à une situation clinique garantie par cette Police, dans la limite fixée dans les

Conditions particulières.

2. L'application de cette couverture et des garanties figurant dans cette Condition spéciale dépendent de l'autorisation préalable des services cliniques de l'Assureur, laquelle est directement sollicitée ou par la Ligne Médias, et doit être notifiée dans les 48 heures, en cas d'urgence.

3. Sont considérés frais remboursables:

3.1. Admission

En cas de maladie ou d'accident survenant à l'égard de l'Assuré nécessitant une hospitalisation ou un traitement, dûment justifié, dans un hôpital ou une clinique, l'Assureur prend en charge les procédures nécessaires à l'admission de l'Assuré dans l'unité hospitalière de son choix.

3.2. Transport

- a) Dans le cas où l'Assuré a besoin d'être transporté vers l'unité où il sera hospitalisé ou traité et qu'il physiquement incapable d'utiliser un moyen de transport normal, l'Assureur s'engage à organiser son transport, en ambulance, véhicule sanitaire léger ou autre moyen de transport selon la gravité de la maladie, jusqu'à l'unité d'hospitalisation ou de traitement indiquée par l'Assuré. À la demande de l'Assuré, l'Assureur organise le même service pour une personne accompagnante, qu'il s'agisse d'un médecin, d'un membre de la famille ou autre;**
- b) À la sortie de l'hôpital, l'Assureur organise le transport de retour, en moyen de transport adapté, de l'Assuré et de la personne qui l'accompagne, dans les conditions fixées par la Police.**

3.2.1. L'Assureur s'engage uniquement à transporter l'Assuré qui a subi l'hospitalisation dans un service hospitalier hors du territoire national, lorsqu'il est déjà à l'étranger au moment les faits se sont produits ou s'il n'existe pas d'unité au Portugal où le traitement peut être réalisé. Le service est également garanti lorsque l'hospitalisation en temps utile, dans une unité de santé sur le territoire national, n'est pas possible et que la vie de l'Assuré est en risque.

3.2.2. Si l'Assuré est atteint d'une maladie contagieuse, l'utilisation de transport en avion sur une ligne régulière est soumise à l'autorisation de la compagnie aérienne de transport. Si l'autorisation n'est pas délivrée, l'Assuré a alors la possibilité de choisir un tout autre moyen de transport, suite à l'accord préalable entre son médecin et les services cliniques de l'Assureur.

3.3. Frais d'obsèques et de rapatriement

Si, pendant le séjour hospitalier, l'Assuré décède, l'Assureur prend en charge tous les frais relatifs aux formalités légales à accomplir sur le lieu du décès, ainsi que ceux résultant de l'organisation du transport du corps et de l'urne, du lieu de décès vers le lieu de l'enterrement au Portugal, dans les limites établies dans les Conditions particulières.

3.4. Sortie sous surveillance médicale

Si l'Assuré, pour des raisons de consultations ou à la sortie d'une hospitalisation, doit être hébergé en-dehors de sa résidence habituelle sous surveillance médicale, l'Assureur garantit l'hébergement choisi par l'Assuré, en prenant en charge les coûts inhérents.

3.5. Sortie de l'unité de santé

À la sortie d'une hospitalisation, l'Assureur se charge de toutes les procédures administratives nécessaires à la sortie de l'Assuré, auprès de l'hôpital, et garantit un service identique en cas de décès de l'Assuré lors de son hospitalisation.

3.6. Envoi de médicaments

Lorsque le médecin prescrit des médicaments à l'Assuré, l'Assureur lui en garantit l'envoi, s'ils ne sont pas disponibles à l'endroit où l'Assuré se trouve.

4. La couverture de l'Assistance clinique à l'étranger est assujettie à un Délai de carence de 180 jours.

5. Les Contributions, Remboursements, Capitaux, Franchises et Paiements partagés sont prévus dans les Conditions particulières.

CONDITION SPÉCIALE - MALADIES GRAVES

L'application de cette Condition spéciale comprend les définitions suivantes:

Étendue territoriale: soins de santé fournis en dehors du Portugal.

Conseiller médical personnel: médecin du prestataire chargé de la gestion du service, qui aide l'assuré à remplir la demande de deuxième avis médical afin de choisir le meilleur centre international et les examens médicaux à joindre.

Sélection des centres internationaux: l'équipe du prestataire désigné par Médias pour la gestion de la couverture sélectionne, sur la base de son réseau international de spécialistes, les centres hors du Portugal qui offrent les meilleures alternatives de traitement pour l'Assuré. Le patient et sa famille reçoivent un rapport avec une proposition des centres sélectionnés offrant les meilleures alternatives de traitement au niveau international.

Conformément à cette Condition spéciale, lorsqu'elle fait partie de la couverture, le contrat d'assurance garantit, dans les limites fixées dans les Conditions particulières, les frais engagés par l'Assuré pour les diagnostics, traitements, services cliniques, ordonnances ou prescriptions médicales, sur le territoire jugés cliniquement nécessaires, lorsqu'ils sont le fruit ou la conséquence d'une des maladies graves ou situations cliniques indiquées au numéro 4 et dont les premiers symptômes sont survenus pendant la durée du contrat et après le Délai de carence.

1. L'application des garanties figurant dans cette Condition spéciale est soumise à la sélection des centres internationaux par le prestataire désigné par l'Assureur afin de confirmer le diagnostic et le traitement approprié, et en toutes circonstances, l'Assuré doit autoriser les médecins et les hôpitaux auxquels il a recours à fournir aux services cliniques de l'Assureur et du prestataire désignés par l'Assureur, les rapports cliniques et toute autre information qu'ils

jugent appropriée pour documenter le dossier.

2. Les prestations conventionnées prévues dans cette Condition spéciale sont valables uniquement dans les hôpitaux recommandés par le prestataire chargé de la gestion de la garantie, et qui se situent hors du Portugal.

3. En application de cette Condition spéciale, est considérée maladie grave ou situation clinique garantie:

- a) le traitement de maladie maligne sauf au stade TIS (cancer in situ);
- b) neurochirurgie: toute intervention chirurgicale du crâne ou de la structure intracrânienne;
- c) la chirurgie de pontage d'une artère coronaire (revascularisation myocardique), le traitement chirurgical impliquant une chirurgie à cœur ouvert et l'utilisation de la dérivation pour la correction de la sténose d'au moins deux artères coronaires;
- d) la chirurgie des valves cardiaques;
- e) la greffe d'organes, notamment la transplantation chirurgicale du cœur, du poumon, du foie, du rein, du pancréas ou de la moelle osseuse suite à une perte irréversible de sa fonction.

4. En ce qui concerne les maladies ou situations cliniques comprises dans cette Condition spéciale, l'Assureur couvre le paiement des frais engagés énoncés ci-après, dans les limites fixées dans les Conditions particulières:

a) frais d'hospitalisation, à savoir:

- i) frais d'hospitalisation en chambre, infirmerie ou unité de soins intensifs;
- ii) autres services hospitaliers, y compris les services fournis lors de consultations externes dans un hôpital;
- iii) frais correspondant au coût d'un lit supplémentaire pour la personne accompagnant le patient, si l'hôpital dispose de ce service.

b) frais réalisés en centres de chirurgie ambulatoire, si le traitement, la chirurgie ou la prescription est couvert dans le cadre de cette Condition spéciale;

c) honoraires médicaux liés aux consultations ou traitements;

d) honoraires des consultations médicales réalisées par l'Assuré, lors de son hospitalisation;

e) frais pris en charge dans les services, traitements ou prescriptions médicales et chirurgicales suivants:

- i) anesthésie et son administration chaque fois qu'elle a été réalisée par un anesthésiste;
- ii) examens de pathologie clinique, d'anatomie pathologique, d'imagerie et d'électromédecine, ainsi que les traitements de radiothérapie et de chimiothérapie, requis pour le diagnostic et le traitement d'une maladie couverte, s'ils ont été prescrits et supervisés par un médecin;
- iii) transfusions de produits sanguins;
- iv) administration de gaz médicaux et thérapie injectable.

- f) les dépenses avec des produits pharmaceutiques ou des médicaments utilisés sur ordonnance médicale pendant l'hospitalisation de l'Assuré, ou après sa sortie pour une période maximale de 30 jours, à condition que les produits en question soient prescrits dans le cadre de procédures postopératoires;
- g) les frais de déplacements et de transports en ambulances terrestres et aériennes lorsque leur utilisation est indiquée et prescrite par un médecin et préalablement approuvée par l'Assureur;
- h) les frais d'aller-retour sur une ligne régulière (classe économique) pour l'Assuré et la personne qui l'accompagne;
- i) les frais d'hébergement de l'Assuré et de la personne qui l'accompagne;
- j) En cas de décès de l'Assuré lors du traitement, l'Assureur prend en charge les frais liés aux formalités légales sur le lieu de décès, de même que ceux découlant du transport du corps vers le lieu des obsèques au Portugal.

5. Sans préjudice des exclusions prévues aux Conditions générales de la Police, et en vertu de la Condition spéciale, n'est pas garanti le paiement des frais encourus ou motivés par tout diagnostic, traitement, service, provision ou prescription médicale, de quelque manière que ce soit, liés ou résultant de:

- a) d'une maladie grave ou autre situation clinique qui n'est pas prévu au numéro 4 de la présente Condition spéciale;
- b) la Séropositivité pour le VIH et le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), toute maladie secondaire ou causée par ces affections, ainsi que toutes celles qui sont la conséquence de son traitement, y compris le Sarcome de Kaposi;
- c) les frais engagés pour les services de garde, les soins de santé à domicile ou les services fournis dans un centre ou établissement de soins continus, de convalescence, d'asile ou de soins infirmiers, même lorsque ces services sont requis ou nécessaires en raison d'une maladie couverte;
- d) les dépenses réalisées en dehors du cadre des prestations médicales internationales approuvées par l'Assureur;
- e) tout type de prothèse ou orthèse, même lorsque son usage est considéré nécessaire pendant le traitement de chimiothérapie, à l'exception de la prothèse mammaire suite à une mastectomie;
- f) tout type de produits pharmaceutiques et médicaments qui n'ont pas été fournis par un pharmacien autorisé, ou dont l'obtention n'est pas requise sur ordonnance ou prescription médicale;
- g) les frais encourus par le recours à la médecine alternative, bien que spécifiquement prescrite par un médecin;
- h) les frais liés à l'achat ou à la location de fauteuils roulants, de lits spéciaux, de climatiseurs, de purificateurs d'air et de tout autre article ou équipement assimilé;
- i) les frais non médicaux engagés par l'Assuré ou les personnes qui l'accompagnent, à l'exception de ceux expressément garantis en vertu de la présente Condition spéciale;
- j) Les traitements suivants ne sont pas garantis:
 - i) toute tumeur ou lésion histologiquement décrite comme pré-maligne;
 - ii) une tumeur au stade TIS (cancer in situ);
 - iii) des tumeurs liées au virus de l'immunodéficience humaine acquise (VIH);

- iv) les cancers de la peau à l'exception du mélanome malin;
- v) le cancer de la vessie papillaire.

- k) la chirurgie intracrânienne lorsque la pathologie est une conséquence d'une lésion traumatique;
- l) les chirurgies dérivant de lésions traumatiques ou de modifications congénitales des coronaires aortiques;
- m) toute procédure chirurgicale corrective de modifications congénitales des valves cardiaques;
- n) toute greffe d'organes ou de tissus dans les cas où:
 - i) l'Assuré est un donneur d'organe;
 - ii) le besoin de transplantation résulte d'une pathologie congénitale;
 - iii) le besoin de transplantation résulte d'une cirrhose hépatique d'étiologie alcoolique;
 - iv) la transplantation configure un acte chirurgical d'autotransplantation, à l'exception de la greffe de moelle osseuse.
- o) tout frais encouru à une date antérieure à l'accord de l'Assureur dans la sélection des centres de traitement;
- p) tout frais encouru dans un hôpital non autorisé ou non compris dans la sélection de centres de traitement approuvé par l'Assureur;
- q) tout frais engagé directement lié au diagnostic, traitement, service ou prescription médicale de toute nature réalisée sur le territoire portugais;
- r) tout frais encouru sans respecter les procédures définies au numéro suivant;
- s) toute maladie ou situation clinique diagnostiquée ou dont les premiers symptômes se manifestent durant les 180 premiers jours à compter de la date d'adhésion de l'Assuré à la Police;
- t) tout frais encouru directement lié au diagnostic, traitement, service ou prescription médicale de toute nature dans le monde entier, quand l'Assuré vit hors du Portugal depuis plus de 91 jours consécutifs sur une durée de 12 mois;
- u) tout type de condition préexistante ou de maladie congénitale.

6. Si l'Assuré a été diagnostiqué porteur d'une maladie grave, d'une situation clinique garantie ou d'une procédure médicale prescrite, l'Assuré ou toute personne agissant en son nom doit, avant de recevoir tout traitement, service ou ordonnance médicale qu'elle souhaite réclamer en vertu de cette Condition spéciale, observer la procédure suivante:

- i) **notifier le sinistre**

l'Assuré, ou toute personne agissant en son nom, prendre contact avec la Ligne Médias⁽¹⁾ le plus rapidement possible afin de notifier l'éventuel sinistre et solliciter le service de sélection des centres internationaux. L'Assuré est informé par le prestataire chargé du service, sur les démarches nécessaires à la révision du cas clinique, ce qui inclut une autorisation de l'Assuré qui permet au prestataire de solliciter l'information médicale et les examens de diagnostic pertinents pour la confirmation de la maladie grave ou de la situation clinique en vertu de cette Condition spéciale.

ii) évaluation du sinistre

Une fois le service de sélection des meilleurs centres internationaux terminé, un rapport du spécialiste est mis à la disposition de l'Assuré et confirmé par la Ligne Médis⁽¹⁾ qu'il s'agit d'une maladie grave ou d'une situation clinique garantie par cette Condition spéciale. Si tel est le cas et si l'Assuré choisit de suivre un traitement hors du Portugal, l'Assuré doit informer le prestataire chargé du service de cette décision.

iii) sélection de l'hôpital international

Le prestataire désigné par l'Assureur se charge de mettre à disposition de l'Assuré une liste des Hôpitaux recommandés en dehors du Portugal.

Dès que l'Assuré a confirmé par écrit au prestataire désigné, l'hôpital sélectionné dans la liste des hôpitaux recommandés, le prestataire organise toutes les préparations pour l'admission correcte de l'Assuré dans l'hôpital sélectionné et permet à l'Assuré l'accès à l'hôpital choisi, au traitement, aux services hospitaliers et aux médicaments sur ordonnance dans le cadre des garanties et des limites de Cette condition spéciale détaillée dans la Certification médicale.

iv) traitement et paiement

Après que le prestataire chargé de la gestion du service ait validé et confirmé l'acceptation du sinistre, et que l'Assuré ait obtenu la Certification médicale préalable, et que ledit prestataire ait coordonné le traitement, les services hospitaliers et les médicaments de prescription à l'hôpital, confirmé à ce prestataire et pour lequel a été

⁽¹⁾ Ligne Médis - 218 458 888 - triage clinique 24h/24 et administrative matters les lundi au vendredi de 8h00 à 20h00 (coût d'un appel vers le réseau fixe national)

émise la Certification médicale préalable, l'Assureur, en vertu des garanties de cette Condition spéciale, assume directement les frais médicaux encourus par l'Assuré, soumis aux conditions, limites et exclusions prévues dans la présente Condition spéciale.

L'Assuré, ou les membres de sa famille ou représentants légaux, doivent autoriser la visite de médecins du prestataire chargé de la gestion du service ou de l'assureur, ainsi que la réalisation de toutes les enquêtes jugées nécessaires par le prestataire ou l'Assureur. À ce propos, les médecins seront dégagés de l'obligation de garder le secret professionnel.

La violation de ces obligations sera considérée comme une renonciation expresse du droit aux garanties couvertes par la présente Condition spéciale.

Dans les situations cliniques plus complexes, lesquelles seront évaluées par l'Assureur et le prestataire chargé de la gestion de la couverture, un médecin sera désigné pour accompagner l'Assuré dans le traitement hors du pays.

7. La couverture de Maladies graves est assujettie à un Délai de carence mentionné dans les

Conditions particulières.

8. Les Contributions, Remboursements, Capitaux assurés, Franchises, Paiements partagés et Délais de carence sont prévus dans les Conditions particulières.

CONDITION SPÉCIALE – VACCIN CONTRE LA GRIPPE

- 1. Dans les termes de cette condition spéciale, l'assureur, lorsque la couverture est souscrite, garantit le financement de l'achat du vaccin contre la grippe, dans les termes et limites fixés dans les conditions particulières, moyennant prescription médicale et en fonction de la disponibilité dans le réseau des pharmacies.**
- 2. Le montant non remboursé par le service national de santé, relativement au prix de vente au public du vaccin contre la grippe, constitue une dépense susceptible d'être financée.**
- 3. Ne constituent pas des dépenses susceptibles d'être financées celles effectuées en achetant des vaccins contre la grippe qui ne sont pas remboursés par le service national de santé.**
- 4. Les pharmacies adhérentes sont dans le guide Médias disponible sur le site.**
- 5. La présente couverture n'est pas soumise au délai de carence.**
- 6. Les contributions, capitaux assurés, franchises et paiements partagés sont prévus dans les conditions particulières.**

CONDITION SPÉCIALE – SERVICE D'ASSISTANCE VINTAGE

- 1. Conformément à la présente condition spéciale, lorsque la couverture est souscrite, l'assureur, par l'intermédiaire du service d'assistance, garantit la couverture des services mentionnés au n° 2 et au n° 3, dans les limites fixées dans les conditions particulières, en respectant les conditions et les clauses d'exclusions établies dans la police d'assurance.**
- 2. Si la personne assurée se trouve dans une situation, confirmée par un rapport médical, de dépendance d'une tierce personne, le service d'assistance garantit les services suivants jusqu'à la limite du capital :**
 - i) Service de nettoyage et d'hygiène personnelle**
Le service d'assistance fournit les services de nettoyage et d'hygiène personnelle nécessaires à la personne assurée, dans son logement, en assumant les frais jusqu'aux limites fixées dans les conditions particulières ;
 - ii) Services d'alimentation**
Le service d'assistance organise et assume les coûts respectifs d'envoi d'une personne spécialisée pour la confection de repas au domicile de l'assuré jusqu'aux limites fixées dans les conditions particulières et le coût des aliments sera à la charge de l'assuré ;
 - iii) Services de physiothérapie**

Le service d'assistance organise des séances de physiothérapie au domicile de l'assuré, sur prescription médicale ;

Le service d'assistance assume les coûts relatifs aux honoraires de physiothérapie jusqu'à la limite fixée dans les conditions particulières et l'assuré prend en charge le coût des matériaux.

iv) Soins infirmiers à domicile :

Sur présentation de prescription médicale, le service d'assistance prend en charge le déplacement d'un infirmier professionnel pour assurer la réalisation des actes de soins infirmiers prescrits, jusqu'aux limites fixées dans les conditions particulières.

Cette garantie couvre les soins infirmiers suivants :

- a. traitement des plaies, des ulcères de pression et/ou des escarres ;**
- b. injections ;**
- c. sondages urinaires ;**
- d. sondages naso-gastriques ;**
- e. fluidothérapie veineuse et surveillance ;**
- f. retrait de points de suture et d'agrafes ;**
- g. soins d'hygiène et de confort ;**
- h. vaccination ;**
- i. aérosols ;**
- j. oxygénothérapie ;**
- k. soins infirmiers liés aux stomies ;**

L'assuré paiera le montant des consommables utilisés dans les actes à effectuer.

3. Le service d'assistance garantit les services suivants, qui n'ont pas besoin de rapport médical, jusqu'à la limite fixée dans les conditions particulières :

i) check-up (bilan de santé générale)

Le service d'assistance organisera, à la demande de l'assuré, un ensemble d'examens complémentaires de diagnostic détaillés ci-dessous, suivis d'une consultation médicale pour l'évaluation de l'état de santé. L'assuré, s'il le désire, pourra contacter le service d'assistance pour éclaircir les doutes ou demander un conseil médical suite aux résultats obtenus.

- a. Examen médical ;**
- b. Électrocardiogramme au repos, 12 dérivations, avec rapport ;**
- c. Radio du thorax PA, avec rapport ;**
- d. Hémogramme avec plaquettes ;**
- e. Glycémie à jeun ;**
- f. Acide urique ;**
- g. Créatinine ;**
- h. Cholestérol total ;**
- i. Cholestérol HDL ;**
- j. Triglycérides ;**
- k. Urine II ;**
- l. Recherche du sang occulte dans les selles ;**

ii) Livraison de médicaments à domicile

Suite à une prescription médicale, le service d'assistance organise l'envoi des médicaments au domicile de l'assuré, jusqu'à la limite fixée dans les conditions particulières ;

Le coût des médicaments est à la charge de l'assuré.

iii) Prélèvement au domicile d'échantillons pour analyses médicales

Suite à une prescription médicale, le service d'assistance organise le déplacement d'un technicien pour effectuer le prélèvement d'échantillons pour analyses médicales au domicile de l'assuré, jusqu'à la limite fixée dans les conditions particulières ;

Le coût des analyses sera toujours à la charge de l'assuré.

iv) Transport non urgent de malades

Le service d'assistance organise le transport de l'assuré en ambulance ou taxi, pour des déplacements vers des unités de santé, afin de réaliser des examens complémentaires de diagnostic, des consultations, des hospitalisations et des sorties de l'hôpital.

La réalisation du trajet entre la localisation de l'assuré et l'unité de santé, ainsi que le retour respectif, est considérée comme un déplacement, aux fins de calcul des limites de cette garantie.

L'assuré devra contacter la Ligne Médis pour demander les services.

4. Les services d'assistance prévus dans cette condition spéciale sont fournis exclusivement par des professionnels appartenant au réseau de prestataires conventionnés par les services d'assistance et sont applicables exclusivement au territoire national.

5. Les contributions, capitaux assurés, paiements partagés et délais de carence relatifs à chacune des couvertures mentionnées dans cette condition spéciale sont prévus dans les conditions particulières.

6. Outre les exclusions établies dans les conditions générales et celles spécifiquement mentionnées pour chacune des couvertures, les prestations suivantes sont également exclues :

- a) les prestations qui n'ont pas été demandées à l'assureur ou qui n'ont pas été réalisées avec son accord préalable, sauf cas de force majeure ou d'impossibilité matérielle démontrée ;**
- b) les prestations découlant de paris, de participation à des compétitions sportives et des entraînements en vue de ces compétitions ;**
- c) les prestations découlant de grèves, d'émeutes et de troubles de l'ordre public.**

CONDITION SPÉCIALE - ASSISTANCE À DOMICILE

I. Définitions

Service d'assistance

Structure d'accueil permanent, par le biais d'un Protocole signé entre l'Assureur et le prestataire de service, le remplaçant dans les obligations découlant de cette Condition spéciale. Vous pouvez consulter l'identification et les contacts du prestataire sur www.medis.pt.

2. Portée de la garantie

En vertu de ce contrat, l'Assureur, par l'intermédiaire du Service d'assistance, garantit la couverture des risques visés au numéro 3 de la présente Condition spéciale, dans les limites prévues aux Conditions particulières, dans le respect des préceptes et des exclusions figurant

aux numéros et aux Conditions générales établies.

3. Garanties principales

1. Soins infirmiers à domicile

Sur présentation de prescription médicale, le Service d'assistance prend en charge le déplacement d'un infirmier professionnel pour réaliser les soins infirmiers détaillés.

Cette garantie couvre les soins infirmiers qui suivent:

- **le traitement des plaies, des ulcères de pression et / ou des escarres;**
- **des injections;**
- **sondage urinaire;**
- **sondage naso-gastrique;**
- **placement de sérum et surveillance;**
- **retrait de points et agrafes;**
- **soins d'hygiène et confort;**
- **enseignement prénatal et post-partum; soins du nouveau-né;**
- **vaccination;**
- **aérosols;**
- **oxygénothérapie;**
- **soins infirmiers de: colostomies, iléostomies, trachéotomies et urostomies.**

Pour chaque demande de déplacement, l'Assuré paiera le montant des consommables utilisés dans les actes à effectuer, dans les conditions et limites fixées dans les Conditions particulières.

2. Transport de l'Assuré vers les Services médicaux

Le Service d'assistance organise le transport de l'Assuré em ambulance ou taxi, pour des déplacements vers des Unités de santé, afin de réaliser des Examens complémentaires de diagnostic, des consultations, des hospitalisations et aux sorties de l'hôpital.

3. Livraison de médicaments à domicile

Suite à une prescription médicale et à la demande de l'Assuré, le Service d'Assistance livre les médicaments essentiels, entre 24h00 et 09h00 les jours ouvrables et 24/24 les week-ends et jours fériés, sachant que le coût des médicaments et le moyen de transport utilisé est à charge de l'Assuré.

Les conditions de cette garantie sont décrites dans les Conditions particulières.

4. Étendue territoriale

Les Garanties prévues dans la présente Condition spéciale sont valides au Portugal et dans les Régions autonomes.

CONDITION SPÉCIALE D'ASSISTANCE POUR EXPATRIÉS

I. Définitions

Portée des garanties

Les Garanties de la présente Condition spéciale sont valides pour les Expatriés dans le monde entier, à l'exception du territoire national, et seulement en cas d'urgence médicale, prouvée cliniquement ou accident.

Service d'assistance

Structure d'accueil permanent, par le biais d'un Protocole signé entre l'Assureur et le prestataire de service, le remplaçant dans les obligations découlant de cette Condition spéciale. Vous pouvez consulter l'identification et les contacts du prestataire sur www.medis.pt.

Urgence

Maladie aiguë (y compris les séquelles d'un accident) ou aggravation d'une maladie chronique couverte par les conditions particulières, qui motive:

a) l'hospitalisation immédiate après observation médicale (hospitalisation non élective)

b) la réalisation immédiate de la procédure thérapeutique en Service d'urgence hospitalier (à l'exclusion des épisodes avec évaluation médicale et prescription éventuelle à l'étranger)

Expatrié

Tout collaborateur du Souscripteur dont la résidence fiscale est sur le territoire national et son foyer, sous couvert de la Police, qui est absent du pays uniquement et exclusivement au service de la société, de façon continue ou par intervalle.

2. Garantie d'assistance aux personnes

I. Rapatriement ou transport sanitaire de blessés ou malades et surveillance médicale

Si l'Assuré subit une lésion corporelle due à un accident ou une maladie, tant que la situation

clinique le justifie, l'Assureur, par l'intermédiaire de son Service d'Assistance, dans la limite des Conditions particulières, sera responsable:

- a) de l'organisation et du coût du transport en ambulance jusqu'à la clinique ou l'hôpital le plus proche;
- b) de la surveillance de la part de son équipe médicale du Service d'assistance, en collaboration avec le médecin traitant de l'Assuré ou patient, afin de déterminer les mesures appropriées pour le meilleur traitement à suivre et les moyens les plus indiqués pour son éventuel transfert vers un autre Centre hospitalier plus adéquat ou jusqu'au pays d'origine;
- c) du coût de ce transfert par le moyen de transport le plus approprié, à condition que le moyen de transport et la date de retour initialement prévue ne puissent pas être utilisés. Les moyens de transport à utiliser seront décidés par l'équipe médicale de l'Assureur et assurés par le Service d'Assistance;
- d) Si les indications fournies par l'équipe médicale de l'Assureur, par le biais du Service d'assistance, ne sont pas acceptées, alors les garanties prévues ne sont plus valides.

2. Transport ou rapatriement suite au décès de l'Assuré

En cas de décès de l'Assuré, l'Assureur, par le Service d'assistance, prend en charge les dépenses concernant toutes les formalités légales à observer sur le lieu de décès, de même que celles liées à son transport ou rapatriement jusqu'au lieu des obsèques au Portugal, jusqu'aux limites prévues dans les Conditions particulières.

En cas de décès de l'Assuré lors de son hospitalisation, et à condition que la garantie prévue au numéro 6 soit déclenchée, l'Assureur, à travers le Service d'assistance, prend en charge les frais de retour de la famille ou de la personne ayant été désignée, jusqu'à son domicile au Portugal.

3. Transmission de messages urgents

Suite à un sinistre couvert par cette Police, l'Assureur est chargé de transmettre les messages urgents qui lui sont envoyés par l'Assuré, via le Service d'assistance.

4. Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation à l'étranger

Si, en cas d'urgence médicale résultant d'un accident ou d'une maladie, l'Assuré a besoin d'une assistance médicale, chirurgicale, pharmaceutique ou hospitalière, l'Assureur par le biais du Service d'assistance, et après application des conditions visées aux Conditions particulières, prend en charge, ou rembourse sur accord préalable et présentation des pièces justificatives:

- a) les frais et honoraires médicaux et chirurgicaux;
- b) les frais de pharmacie, liés aux médicaments prescrits sur ordonnance médicale;
- c) les frais d'hospitalisation.

Une intervention chirurgicale éventuelle n'est prise en charge par l'Assureur, par le biais du Service d'assistance, que si elle est urgente et ne peut pas être retardée, ni ne peut pas attendre

que l'Assuré regagne le Portugal.

5. Accompagnement de l'Assuré hospitalisé

Si l'Assuré est hospitalisé et que son état ne requiert pas un rapatriement ou un retour immédiat, l'Assureur, par l'intermédiaire du Service d'Assistance, prend en charge les frais de séjour de l'hôtel, d'un membre de sa famille ou de la personne désigné, pour rester aux côtés de l'Assuré, dans les limites prévues dans les Conditions particulières.

6. Transport aller-retour d'un membre de la famille et son séjour

Si l'hospitalisation de l'Assuré est de plus de 5 jours et s'il est impossible de déclencher la garantie prévue au numéro 1, l'Assureur, par l'intermédiaire du Service d'assistance, prend en charge les frais à engager pour un membre de la famille, avec un billet aller-retour en train en 1ère classe ou en avion en classe touristique, au départ du Portugal, afin de rejoindre l'Assuré, et il prend également en charge les frais de séjour, dans les limites fixées dans les Conditions particulières.

7. Prolongement du séjour à l'hôtel

Dans des situations d'urgence médicale, résultant d'un accident ou d'une maladie, si l'état de santé de l'Assuré ne justifie pas une hospitalisation ou un transport sanitaire, et si son retour ne peut se faire à la date initialement prévue, l'Assureur, par le biais du Service d'assistance, prend en charge, s'il en est, les frais du séjour à l'hôtel, réalisés par l'Assuré et la personne qui l'accompagne, dans les limites fixées dans les Conditions particulières.

8. Billet de voyage pour le retour anticipé de l'Assuré en cas de décès d'un proche

Si, pendant la période d'expatriation, le conjoint ou personne assimilée, les ascendants ou les descendants jusqu'au 2ème degré, les adoptés, les frères ou sœurs, les beaux-parents ou beaux-frères et belles-sœurs de l'Assuré décèdent au Portugal, et dans le cas où les moyens utilisés pour leur voyage ou le billet acheté ne permet pas à l'Assuré d'anticiper son retour, alors l'Assureur, par l'intermédiaire du Service d'assistance, prend en charge les frais du voyage en train en 1ère classe ou en avion en classe touristique, du lieu de séjour vers son domicile ou jusqu'au lieu d'inhumation au Portugal.

Cette garantie s'applique également lorsque le conjoint de l'Assuré ou la personne assimilée, un ascendant ou descendant au 2ème degré, est victime d'un accident ou d'une maladie imprévisible au Portugal dont la gravité, à confirmer par l'équipe médicale du Service d'Assistance après contact avec le médecin traitant, exige sa présence urgente et impérieuse.

9. Localisation et envoi urgent de médicaments à l'étranger

L'Assureur, par le biais du Service d'assistance, prend en charge les frais d'envoi vers le lieu à l'étranger où l'Assuré se trouve, de médicaments indispensables dont la prise est habituelle, à partir du moment où ils n'existent pas dans le pays visité ou qu'il n'y a pas de substitut.

3. EXCLUSIONS

I. Exclusions générales

Les prestations qui n'ont pas été sollicitées à l'Assureur par le biais du Service d'Assistance, de même que les frais qui n'ont pas été engagés avec son accord, sauf en cas de force majeure ou dans l'impossibilité matérielle démontrée;

2. Exclusions de garanties liées aux Assurés dans le cadre de la couverture d'Assistance aux Expatriés:

2.1. Sont exclus du cadre de la couverture d'Assistance aux Expatriés:

- a) Les exclusions visées dans les Conditions générales d'assurance santé, ainsi que les exclusions particulières liées à l'Assuré;
- b) Les frais liés aux prothèses, lunettes et lentilles de contact, ainsi que les frais de dentisterie;
- c) Les accouchements et les complications liés à la grossesse;
- d) Les accidents résultant de l'utilisation par l'Assuré d'aéronefs ou d'embarcations n'appartenant pas à des lignes ou carrières commerciales;
- e) Les frais de réhabilitation et de physiothérapie engagés sans l'accord de l'équipe médicale de l'Assureur, par le biais du Service d'assistance;
- f) Les maladies causées par l'absence de réalisation, de la part de l'Assuré, de prophylaxie adaptée aux maladies dans le pays de destination (vaccination recommandée, médicaments, entre autres).

CONDITION SPÉCIALE D'ONCOLOGIE EN NAVARRE

1. L'application de cette Condition spéciale comprend les définitions suivantes:

2. Étendue territoriale: Couverture exclusive dans la Clinique Universitaire de Navarre, en Espagne.

3. Hospitalisation chirurgicale; Hospitalisation suite à une chirurgie.

Hospitalisation médicale: Hospitalisation qui n'implique pas une intervention chirurgicale, découlant ou pas, d'une hospitalisation chirurgicale.

4. Conformément à cette Condition spéciale, lorsqu'elle fait partie de la couverture, dans les limites fixées dans les Conditions particulières, l'Assureur, s'engage à garantir les frais encourus par l'Assuré pour le diagnostic et traitement de maladies oncologiques, sur le territoire considéré et après le Délai de carence mentionné au numéro 5.

5. En ce qui concerne les situations cliniques comprises dans cette Condition spéciale, l'Assureur couvre le paiement des frais engagés énoncés ci-après, dans les limites fixées dans les Conditions particulières:

- a. Hospitalisation chirurgicale.
- b. Hospitalisation médicale.
- c. Ambulatoire - milieu hospitalier.
- d. Consultations de confirmation pour le traitement médical et chirurgical, ainsi que les

traitements couverts à l'hôpital de jour.

- e. Examens et analyses préopératoires, une fois l'indication chirurgicale établie.
- f. La première évaluation ambulatoire post-opératoire.
- g. Traitement oncologique, à la fin de chaque cycle de chimiothérapie ou de radiothérapie.
- h. Séjour lors de traitements de chimiothérapie et radiothérapie ambulatoire pour le patient et la personne qui l'accompagne, en régime d'hébergement et petit-déjeuner.
- i. Frais et organisation des déplacements aller-retour en avion en classe touristique du patient.
- j. Prothèses chirurgicales.

6. Sans préjudice des exclusions prévues dans les Conditions générales de la Police et conformément à la présente Condition spéciale, le paiement des frais encourus ou résultant des cas suivants n'est pas garanti:

- a. Toute assistance qui n'est pas réalisée dans la Clinique Universitaire de Navarre.
- b. Maladies, pathologies ou lésions préexistantes à la date de début de la couverture, connues de l'Assuré ou qui présentent déjà un type de symptôme.
- c. Médicaments de toute classe et produits de parapharmacie qui, bien que fournis par la Clinique Universitaire de Navarre, sont administrés en dehors du régime d'hospitalisation ou de l'hôpital de jour.
- d. Chirurgie robotique.
- e. Déplacement de la personne qui l'accompagne.

7. La couverture d'Oncologie en Navarre est assujettie à un Délai de carence de 90 jours.

8. Les Contributions, Remboursements, Capitaux assurés, Paiements partagés sont prévus dans les Conditions particulières.

CONDITION SPÉCIALE - 2ème AVIS MÉDICAL

1. Conformément à cette Condition spéciale, l'Assureur s'engage à garantir l'accès de l'Assuré, dans les limites fixées dans les Conditions particulières, au service de 2ème avis médical fourni par une entité spécialisée engagée par Médis, sur demande préalable auprès de la Ligne Médis⁽¹⁾.

2. Les prestations conventionnées dans cette Condition spéciale sont valides quand elles sont réalisées par l'entité spécialisée engagée par Médis.

3. Ce qui est garanti

3.1. Dans le cadre de la présente Condition spéciale, le contrat d'assurance garantit à l'Assuré, dans les limites fixées dans les Conditions particulières et pour les maladies visées au point 3.2, l'accès au service de 2ème avis médical, ce qui équivaut à l'analyse non présentielle de la situation clinique, lors du diagnostic et de l'indication des soins médicaux les plus adaptés.

3.2. En application de cette Condition spéciale, les maladies ou situations cliniques prisent en

considération sont celles qui ont été diagnostiquées par un médecin, mais ne comprennent pas celles effectuées par des spécialistes en Médecine générale et familiale ou Pédiatrie.

4. Le financement d'actes médicaux supplémentaires est exclu, même s'ils découlent d'une recommandation obtenue dans le cadre de cette Condition spéciale.
5. Cette garantie exclut: les épidémies aiguës de maladies de courte durée, les maladies psychiatriques, la dentisterie, les deuxièmes avis sur les patients hospitalisés et sur admissions à l'hôpital.
6. Un seul service pour la même pathologie est garanti, mais une nouvelle consultation peut toutefois être prise en charge pour la même maladie si un nouveau diagnostic implique une aggravation significative de celle-ci ou une modification substantielle du traitement, dûment justifiée par un rapport médical.
7. La garantie de 2ème avis médical est assujettie à un Délai de carence de 60 jours.
8. Les Contributions, Remboursements, Capitaux assurés, Franchises et Paiements partagés sont prévus dans les Conditions particulières.

Le présent document est une traduction de la version portugaise. En cas de divergence entre les versions, la version portugaise fera foi. Ne dispense pas de la consultation des informations précontractuelles et contractuelles légalement exigées.

⁽¹⁾ Ligne Médis - 218 458 888 - triage clinique 24h/24 et administrative matters les lundi au vendredi de 8h00 à 20h00 (coût d'un appel vers le réseau fixe national)