



rotection Mutualiste Santé

Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

Protection

Solidarité

Transparence

Conditions Générales et Spéciales

Version : CG_2017



CONDITIONS GÉNÉRALES	4
PRÉAMBULE	4
CHAPITRE I - Définitions, objet, garanties et exclusions	4
ARTICLE 1 ^{er} – Définitions	4
ARTICLE 2 – Objet du contrat et étendue des garanties	6
ARTICLE 3 – Conditions d’adhésion	6
ARTICLE 4 – Délai de carence et entrée en vigueur des garanties	6
ARTICLE 5 – Exclusions	8
CHAPITRE II – Formation du contrat et ses modifications	9
ARTICLE 6 – Formation du contrat	9
ARTICLE 7 – Effets du contrat	9
ARTICLE 8 – Consolidation du contrat	9
ARTICLE 9 – Omissions ou inexactitudes intentionnelles du preneur d’assurance ou de la personne assurée dans la déclaration initiale du risque	9
ARTICLE 10 – Omissions ou inexactitudes involontaires du preneur d’assurance ou de la personne assurée dans la déclaration initiale du risque	10
ARTICLE 11 – Adjonction/exclusion ou transferts de bénéficiaires / personnes assurées	10
ARTICLE 12 - Rentrée de la personne assurée / du preneur d’assurance	10
CHAPITRE III – DURÉE DU CONTRAT	11
ARTICLE 13 – Entrée en vigueur, durée et renouvellement du contrat	11
ARTICLE 14 – Dénonciation du contrat	11
ARTICLE 15 – Rétractation	11
ARTICLE 16 – Résiliation du contrat pour motif légitime	11
ARTICLE 17 – Cessation des garanties vis-à-vis des personnes assurées	12
ARTICLE 18 - Effets de la cessation des garanties	12
CHAPITRE IV – MONTANT ASSURÉ ET PRIME	12
ARTICLE 19 – Montant assuré	12
ARTICLE 20 – Paiement des primes	12
ARTICLE 21 – Défaut de paiement de la prime	13
ARTICLE 22 – Révision de la prime	13
CHAPITRE V – DROITS ET OBLIGATIONS DES PARTIES	13
ARTICLE 23 – Obligations du preneur d’assurance et/ou des personnes assurées en cas de sinistre	13
ARTICLE 24 – Paiement du remboursement	15
CHAPITRE VI – DISPOSITIONS FINALES	15
ARTICLE 25 – Complémentarité	15
ARTICLE 26 – Étendue territoriale	15
ARTICLE 27 – Communications et notifications entre les parties	15
ARTICLE 28 – Prescription	16
ARTICLE 29 – Subrogation	16
ARTICLE 30 – Protection des données	16
ARTICLE 31 – Gestion des réclamations	16
ARTICLE 32 – Législation applicable et attribution de juridiction	16
CONDITIONS SPÉCIALES	17
ARTICLE 1 ^{er} – Hospitalisation	17
ARTICLE 2 – Soins ambulatoires	18
ARTICLE 3 – Soins dentaires	18
ARTICLE 4 – Prothèses et orthèses	19
ARTICLE 5 – Médicaments	19

ARTICLE 6 – Accouchement	20
ARTICLE 7 – Accès au réseau bien-être	20
ARTICLE 8 – Accès au réseau HNA Espagne	20
ARTICLE 9 – Limites d'utilisation des consultations.....	21
ARTICLE 10 – Limites d'utilisation des traitements	22
ARTICLE 11 – Check-up	22
ARTICLE 12 – Deuxième avis médical international.....	22
ARTICLE 13 – Accès au réseau de prévention dentaire	23
ARTICLE 14 – Assistance médicale nationale	24
ARTICLE 15 – Accès au réseau d'ophtalmologie	25

CONDITIONS GÉNÉRALES

PRÉAMBULE

Entre la MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le n° 775 685 399, ayant son siège social n° 3 da Square Max Hymans, 75748 Paris 15^e, ci-après désignée par MGEN, et le Preneur d'Assurance, il est établi le présent contrat d'assurance qui sera régi par les conditions générales, spéciales et particulières de la présente police, conformément aux déclarations figurant dans la demande d'adhésion et autre documentation qui lui a servi de base et qui en fait partie intégrante.

L'ACPR-Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la MGEN.

CHAPITRE I^{er} – DÉFINITIONS, OBJET, GARANTIES ET EXCLUSIONS

ARTICLE 1^{er} - Définitions

Aux fins du présent contrat, on entend par :

- a) **ASSUREUR** : La Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, dûment autorisée par l'ASF – Autorité de Supervision des Assurances et des Fonds de Pensions à exercer son activité au Portugal, dans la branche Non Vie, en vertu du régime de Libre Prestation de Services, au travers de son siège en France, sous le code de LPS n° 4608, dans les branches Santé et Accident;
- b) **ADVANCECARE** : Entreprise prestataire de services et gestionnaire de sinistres qui, pour le compte de la MGEN, organise le réseau de prestataires de soins, procède à la gestion des prestations prévues par le présent contrat et articule le paiement direct des frais médicaux aux prestataires de soins conventionnés, tels que médecins, hôpitaux, centres de diagnostic, ainsi qu'aux personnes assurées ;
- c) **IMA IBÉRICA** : Entreprise dénommée PRESTIMA, SL - SUCURSAL EM PORTUGAL – Service d'Assistance, qui organise et fournit pour le compte de la MGEN, sous forme de prestation directe et en faveur des personnes assurées, la prestation des services d'assistance médicale nationale prévus aux conditions spéciales ;
- d) **EUROPAMUT** : Entreprise chargée de la gestion des adhésions et des primes, pour le compte de la MGEN ;
- e) **PRENEUR D'ASSURANCE** : Entité, personne physique ou morale qui souscrit le présent contrat pour le compte des personnes assurées et qui paye la prime ;
- f) **GROUPE FERMÉ** : Groupe de personnes établi à l'avance et dont l'adhésion à la police est obligatoire, liées à une personne morale qui est preneur d'assurance ;
- g) **GROUPE OUVERT** : Groupe de personnes dont l'adhésion au contrat d'assurance est facultative, liées à une personne morale qui signe un contrat à cet effet avec la MGEN ;
- h) **ADHÉRENT** : Personne physique, identifiée dans les conditions particulières, qui adhère au contrat d'assurance à titre principal ;
- i) **PERSONNE ASSURÉE** : Personne physique identifiée dans les conditions particulières, dont la santé ou l'intégrité physique est assurée par le présent contrat ;
- j) **BÉNÉFICIAIRE** : Personne physique, adhérent ou membre de son foyer, identifiée dans les conditions particulières et ayant droit aux prestations prévues dans le contrat d'assurance ;
- k) **FOYER** : Ensemble de personnes qui cohabitent, vivant en communauté de vie avec l'adhérent, à savoir son conjoint ou son concubin, ses ascendants, ses descendants, ses parents à charge jusqu'au 2^{ème} degré, adoptés, sous tutelle ou curatelle. Font également partie du foyer les mineurs étudiants qui ne cohabitent pas avec la personne assurée mais qui dépendent d'elle financièrement ;
- l) **ACCIDENT** : Tout événement fortuit, soudain et anormal, causé par tout facteur extérieur et indépendant de la volonté de la personne assuré, entraînant chez cette dernière des lésions corporelles pouvant être objectivement constatées par un médecin ;
- m) **SINISTRE** : Événement ou série d'événements susceptible de justifier la mise en œuvre des garanties de la police ;
- n) **MALADIE** : Toute altération involontaire de l'état de santé, non causée par un accident et susceptible d'être objectivement constatée par un médecin ;
- o) **ACCIDENT / MALADIE PRÉEXISTANT(E)** : Effets de tous accidents survenus ou de toutes maladies apparues avant la date de souscription du présent contrat et que l'assuré présente encore à la date de son entrée en vigueur ;
- p) **MALADIE CONGÉNITALE** : Maladie présente à la naissance, causée par des facteurs héréditaires ou des anomalies survenues durant la gestation jusqu'au moment de la naissance.

- q) **MALADIE CHRONIQUE** : Maladies qui présentent une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : sont permanentes, produisent une incapacité/un handicap résiduel, sont causées par des altérations pathologiques irréversibles, exigent une rééducation spéciale du patient ou peuvent exiger de longues périodes de supervision, d'observation ou de soins ;
- r) **PRESTATIONS CONVENTIONNÉES** : Frais médicaux engagés par les personnes assurées au sein du réseau de prestataires. La prise en charge de la MGEN est versée directement aux prestataires ;
- s) **PRESTATIONS REMBOURSABLES** : Frais médicaux engagés par les personnes assurées hors réseau de prestataires et remboursés directement aux personnes assurées par la MGEN selon la prise en charge fixée dans les conditions particulières ;
- t) **FRAIS MÉDICAUX** : Frais engagés par la personne assurée pour l'acquisition de services médicaux nécessaires, à condition qu'ils soient prescrits ou dispensés par un médecin ;
- u) **SERVICES MÉDICAUX NÉCESSAIRES** : Biens, services ou soins médicaux approuvés directement par la MGEN à condition qu'ils soient :
- Nécessaires au traitement de toute maladie ou lésion causée par un accident de la personne assurée ;
 - Adaptés au diagnostic établi ;
 - Fournis avec un maximum d'efficacité en termes de coût et de la façon la plus adaptée ;
 - Aux effets médicaux reconnus.
- v) **PRÉ-AUTORISATION** : Autorisation donnée par les services médicaux de la MGEN, si la police d'assurance l'exige, permettant aux personnes assurées de recevoir les soins de santé couverts par le présent contrat ;
- w) **RÉSEAU DE PRESTATAIRES** : Ensemble des prestataires de soins de santé, tels que médecins, hôpitaux, cliniques, centres de diagnostic et autres structures de santé, avec lesquels la MGEN a établi un accord de prestation de services, qui fournissent aux personnes assurées les services couverts par le contrat d'assurance, dans le cadre des prestations conventionnées ;
- x) **MÉDECIN** : Professionnel diplômé d'une faculté de médecine ou de médecine dentaire, autorisé par la loi à exercer le métier dans son pays, et dont la spécialité et l'inscription sont reconnues par l'Ordre des Médecins, l'Ordre des Dentistes ou par tous organismes homologues du pays où il exerce son activité ;
- y) **ACTE MÉDICAL** : Acte pratiqué par un médecin légalement autorisé à exercer par l'Ordre des Médecins, qui vise la promotion de la santé, la prévention et le traitement de la maladie, la rééducation des personnes soumises à son intervention, et peut prescrire des actes complémentaires pratiqués par d'autres professionnels de la santé ;
- z) **HÔPITAL OU CLINIQUE** : Établissement autorisé par la loi où sont assurés des soins médicaux en permanence par des médecins et des infirmiers diplômés ou autres professionnels de santé. Ne sont pas considérés comme tels, aux fins du présent contrat, les sanatoriums, maisons de repos, centres de désintoxication (drogues et alcoolisme), stations thermales et autres établissements similaires ;
- aa) **HOSPITALISATION** : Séjour de la personne assurée dans un établissement hospitalier pendant une durée supérieure ou égale à 24 heures et entraînant le paiement d'un ou plusieurs forfaits journaliers ;
- bb) **CARTE DE SANTÉ** : Carte personnelle et intransmissible qui identifie la personne assurée et lui permet de recevoir les soins de santé sur le réseau de prestataires ;
- cc) **CONTRAT D'ASSURANCE** : Contrat par lequel l'assureur couvre certains risques et s'engage à verser les indemnités ou à payer le capital assuré en cas de sinistre, dans les conditions convenues. En contrepartie, le preneur d'assurance s'engage à payer la prime correspondante ;
- dd) **POLICE** : Document qui régit le contrat signé entre le preneur d'assurance et l'assureur et dont font partie intégrante les conditions générales, spéciales et particulières, ainsi que les avenants qui pourraient être conclus pendant la durée du contrat ;
- ee) **CONDITIONS GÉNÉRALES** : Ensemble des clauses définissant et réglant les obligations générales et communes relatives au contrat d'assurance ;
- ff) **CONDITIONS SPÉCIALES** : Clauses qui complètent et précisent les conditions générales, dont l'application est généralisée à certaines couvertures lorsqu'elles sont souscrites ;
- gg) **AVENANT** : Document par lequel une modification est introduite à la police ;
- hh) **DÉLAI DE CARENCE** : Période durant laquelle les couvertures du contrat d'assurance ne s'appliquent pas ;
- ii) **PRISE EN CHARGE** : Pourcentage ou plafond des frais médicaux couverts par le présent contrat et pris en charge par la MGEN ;
- jj) **RESTE À CHARGE** : Montant à la charge de la personne assurée pour chaque acte ou ensemble d'actes médicaux ;
- kk) **FRANCHISE** : Montant à la charge de la personne assurée pour chaque sinistre et fixé dans les conditions particulières ;
- ll) **PRIME** : Montant payé par le preneur d'assurance à la MGEN, en contrepartie des couvertures souscrites dans le contrat d'assurance ;
- mm) **RÉGIME COMPLÉMENTAIRE** : Étendue des garanties d'un contrat lorsque les prestations remboursables sont expressément limitées au complément des prestations prises en charge par un autre sous-système de santé (ADSE ou assimilé) ou par le Service National de Santé concernant la Garantie Spéciale Médicaments, sauf autre stipulation dans les conditions particulières du contrat.

- nn) **CONSULTATION D'ASSISTANCE PERMANENTE** : Consultation de médecine générale et familiale dans un service d'urgences hospitalières ou d'assistance permanente au cours d'un épisode d'urgence.
- oo) **CONSULTATION D'URGENCE** : Consultation de médecine générale et familiale dans un service d'urgences hospitalières ou d'assistance permanente et éventuelle consultation ou évaluation par un médecin d'une autre spécialité au cours du même épisode d'urgence ;
- pp) **ÉPISODE D'URGENCE** : Ensemble d'actes médicaux pratiqués au sein du service des urgences hospitalière ou d'assistance permanente, en particulier examens élémentaires de diagnostic, consultations de médecine générale et éventuelle évaluation par un médecin spécialiste ;
- qq) **SOINS DE SUITE** : Soins de réadaptation fonctionnelle des patients souffrant de maladies chroniques.
- rr) **SOINS PALLIATIFS** : Soins centrés sur la prévention et le soulagement de la souffrance physique et psychologique et sur le bien-être des malades en phase terminale, souffrant de maladies graves ou incurables à un stade avancé ou progressif ;
- ss) **COEFFICIENT K** : Coefficient de pondération pour fixer la valeur des actes médicaux, utilisé dans le Code de la Nomenclature et de la Valeur Relative et publié par l'Ordre des Médecins ;
- tt) **ASSURANCE ANTÉRIEURE** : Contrat d'assurance d'une durée d'au moins 1 (un) an, signé par la personne assurée ou par le preneur d'assurance avec un assureur autre que la MGEN. L'adhésion à la MGEN doit intervenir dans les 60 (soixante) jours qui suivent le terme de ce contrat et la personne assurée ne pourra pas en avoir été exclue à l'initiative de l'assureur ;
- uu) **MINEUR** : Toute personne âgée de moins de 18 (dix-huit) ans.

ARTICLE 2 - Objet du contrat et étendue des garanties

1. Le présent contrat garantit le paiement des prestations conventionnées ou hors réseau remboursables suite à **toute maladie ou tout accident**, conformément aux dispositions prévues dans les présentes conditions générales, dans les conditions spéciales souscrites et à hauteur des plafonds fixés dans les conditions particulières, excepté dans les cas prévus à l'article 5.
2. L'étendue des garanties du contrat peut être limité au seul régime complémentaire, à condition de l'indiquer expressément dans les conditions particulières de la police.
3. L'assistance médicale à domicile peut également être garantie conformément aux dispositions prévues dans la condition spéciale qui y est consacrée, à condition de l'indiquer expressément dans les conditions particulières du contrat.
4. Le présent contrat ne couvre pas les frais médicaux ou médicamenteux réclamés par les hôpitaux et autres établissements faisant partie du Service National de Santé, si la personne assurée est bénéficiaire de ce service et qu'elle y est soignée.
5. Toutefois, le présent contrat garantit le paiement des tickets modérateurs.

ARTICLE 3 – Conditions d'adhésion

1. Peuvent être des personnes assurées toutes les personnes qui ont accompli les formalités prévues par la MGEN, puis acceptées suivant les critères de souscription en vigueur. L'adhésion est confirmée par l'envoi de la carte d'adhérent.
2. Peuvent être considérées comme bénéficiaires d'un contrat collectif toutes les personnes appartenant au Groupe Fermé, ainsi que les membres de leurs foyers, à condition de l'indiquer expressément dans les conditions particulières.
3. Peuvent être considérés comme bénéficiaires d'un contrat individuel les adhérents d'un groupe ouvert, ainsi que les membres de leurs foyers, à condition de l'indiquer expressément dans les conditions particulières.
4. L'inclusion du foyer dans la police implique l'adhésion de tous ses membres. Cependant, si un membre du foyer est concerné par l'une des situations indiquées ci-dessus, son inclusion est facultative :
 - a. Séjour prolongé à l'étranger ;
 - b. Couverture par une autre police d'assurance payée par l'employeur ou un autre sous-système de santé (ADSE ou équivalent).
5. L'adjonction de membres du foyer dans le contrat d'assurance doit être faite à la date de sa signature ou de son renouvellement. Cependant, les adjonctions sont acceptées dans les 60 jours suivant l'adhésion de l'adhérent ou à tout moment en cas de mariage, de naissance ou d'adoption.

ARTICLE 4 – Délai de carence et entrée en vigueur des garanties

1. Sauf stipulation contraire expressément prévue dans la liste des personnes assurées annexée aux conditions particulières, les garanties du présent contrat entrent en vigueur à l'égard de chacune des personnes assurées, en cas de maladie, à expiration d'un délai de carence établi pour chaque prestation ou acte médical couvert, à savoir :
 - a. **Le délai de carence** pour tout acte médical pratiqué à la suite d'une maladie ou dans le cadre de la garantie accouchement est de quatre-vingt-dix (90) jours, sous réserve des situations prévus ci-après ;
 - b. Le délai de carence est prolongé jusqu'à trois cent soixante (360) jours dans les cas suivants : lithotritie rénale, intervention chirurgicale gynécologique pour une pathologie bénigne, hémorroïdectomie, mastectomie pour une pathologie bénigne, thyroïdectomie pour une pathologie bénigne et cholecystectomie, rhinoseptoplastie et septoplastie, amygdalectomie, adénoïdectomie et myringotomie, chirurgie arthroscopique, traitement chirurgical de hernies, traitement vasculaire chirurgical ou non chirurgical, ronflements, apnée du sommeil, traitements du sommeil, traitements réfractifs de la vue, chirurgie de correction oculaire et maladies graves;
 - c. Sauf dérogation expresse dans les Conditions particulières, le délai de carence de 360 (trois cent soixante) jours est obligatoire dans les cas suivants :
 - i. Maladie ou lésion préexistante ;
 - ii. Maladie chronique ;
 - iii. Maladie ou pathologie provoquée par une malformation congénitale ;
 - iv. Traitements résultant de l'infection par le virus HIV/SIDA ;
 - v. Pathologies hépatiques ;
 - vi. Traitements d'hémodialyse ;
 - vii. Soins de suite et soins palliatifs ;
 - viii. Maladies épidémiques officiellement déclarées ;
 - ix. Chirurgie et actes médicaux pour le traitement de l'obésité morbide ;
 - x. Lésions causées par des catastrophes naturelles ;
2. Les délais de carence ne s'appliquent pas à la personne assurée, hormis les situations visées au point c) du paragraphe précédent, dans les cas suivants :
 - a. Accident qui exige un traitement d'urgence à l'hôpital, impliquant une hospitalisation ou des soins ambulatoires ;
 - b. Maladie soudaine survenue après l'entrée en vigueur des garanties et exigeant un traitement hospitalier urgent ;
 - c. Transfert d'une assurance antérieure. La MGEN demandera une copie des conditions particulières et du justificatif de paiement de la prime antérieure ;
 - d. Nouveaux collaborateurs de l'entreprise (ou nouveaux membres d'un groupe fermé), à condition d'avoir été engagés il y a moins de 30 jours et pour autant que le contrat soit en vigueur depuis au moins 90 jours.
 - e. Pour le conjoint pour raison de mariage ou pour les descendants par naissance ou adoption si le reste du foyer était déjà couvert par le contrat. La communication à la MGEN doit être faite dans le délai maximum de 30 (trente) jours.
3. Si la personne assurée était couverte par une assurance antérieure garantissant l'une des pathologies visées au point c) du paragraphe 1, les délais de carence ne s'appliquent pas, pour autant que la personne assurée n'ait pas été exclue du contrat antérieur à l'initiative de l'assureur.
4. Le délai de carence commence à courir à compter de la date d'effet de l'adhésion de chacun des bénéficiaires, sauf stipulation contraire ;
5. Toute interruption du paiement des primes dans les délais fixés entraîne l'interruption de même durée du délai de carence ;
6. En cas d'augmentation des couvertures ou du montant du capital assuré, à la demande du preneur d'assurance, le délai de carence sera appliqué au prorata du capital et des couvertures modifiées.

ARTICLE 5 - Exclusions

Sont exclus du présent contrat d'assurance :

1. Tous les actes médicaux pratiqués à la suite d'une altération ou d'une aggravation de l'état de santé de la personne assurée, provoquée intentionnellement par cette dernière ;
2. Troubles provoqués par la consommation abusive d'alcool, usage de stupéfiants et/ ou de narcotiques non prescrits médicalement ;
3. Tous les actes médicaux et tous les médicaments liés au tabagisme ;
4. Troubles psychiques et maladies chroniques qui impliquent une hospitalisation ou un traitement à domicile nécessitant l'assistance d'une tierce personne en raison d'un état de dépendance.
5. Frais de cures de repos, maisons de repos, maisons de retraite et autres établissements similaires ainsi que des soins qui y sont dispensés. Sont également exclus les frais relatifs aux états de dépendance ;
6. Traitements non reconnus officiellement par l'Ordre des Médecins, à moins qu'ils ne soient expressément inclus dans les conditions particulières et dans le cadre des dispositions des conditions spéciales ;
7. En cas de sortie de l'hôpital contre l'avis du médecin.
8. Actes médicaux liés au traitement de l'infertilité, méthodes de fécondation artificielle et tests de grossesse ;
9. Bilans de santé et/ou dépistages généraux préventifs, sauf s'ils sont expressément prévus dans les conditions particulières et dans le cadre des dispositions des conditions spéciales ;
10. Frais, traitements et actes médicaux qui ne relèvent pas de la définition de services médicaux nécessaires, notamment les traitements expérimentaux ou qui nécessitent une validation clinique ou réalisés dans le cadre de projets de recherche ;
11. Tous les actes médicaux de nature esthétique ou plastique sauf si, à la suite d'une maladie maligne ou d'un accident survenu pendant la durée du présent contrat, ils sont considérés nécessaires par le médecin pour la survie et la garantie de la santé de la personne assurée ;
12. Traitements de rajeunissement et/ou amaigrissement ;
13. Greffe d'organes et de tissus et leurs implications ;
14. Maladies professionnelles et accidents du travail, ainsi que les accidents et les maladies couverts par les assurances obligatoires ;
15. Pratique professionnelle de sport ;
16. Pratique de sports et d'activités dangereuses, tels que : Parachutisme, tauromachie, boxe, catch, karaté et autres arts martiaux, alpinisme et escalade, spéléologie, chasse, sports d'hiver, compétitions sportives avec des véhicules avec ou sans moteur ;
17. Actes de terrorisme ou de guerre, déclarée ou non, participation à des actes criminels, participation à des bagarres, sauf en cas de légitime défense du bénéficiaire ou d'un tiers, de biens et de personnes ;
18. Tous les frais au-delà du montant du plafond garanti ;
19. Tous les frais sans justificatifs (facture/reçu original ou copie certifiée conforme) ;
20. Prestations d'action sociale ;
21. Tous les frais découlant de fausses déclarations ou d'omissions du Preneur d'Assurance, dans la déclaration initiale du risque, conformément à l'article 9 des présentes conditions générales.

CHAPITRE II – FORMATION DU CONTRAT ET SES MODIFICATIONS

ARTICLE 6 – Formation du contrat

1. Le présent contrat se base sur la déclaration initiale du risque figurant dans l'offre d'assurance ainsi que dans le bulletin d'adhésion, ainsi que sur les déclarations que la personne assurée et/ou du preneur d'assurance est tenu de faire en vertu de la loi, notamment toutes les circonstances importantes et significatives qui permettent l'appréciation exacte du risque par la MGEN.

2. Ces déclarations doivent être mentionnées avec exactitude, si elles ne sont pas expressément demandées dans les questionnaires éventuellement fournis à cet effet par la MGEN, sous peine d'avoir à subir les conséquences prévues aux articles 9 et 10.
3. Hormis les cas où la MGEN exprime le besoin de recueillir des informations supplémentaires, le contrat est réputé conclu dans les conditions proposées à partir de zéro heure du 1^{er} du mois suivant celui de l'acceptation de la proposition par la MGEN.

ARTICLE 7 – Effets du contrat

Sous réserve des dispositions de l'article précédent, le présent contrat et ses couvertures ne produiront leurs effets qu'à partir du moment où la prime ou la première fraction de prime sera payée par le preneur d'assurance.

ARTICLE 8 – Consolidation du contrat

La consolidation du contrat intervient trente (30) jours à compter de la remise du contrat d'assurance par la MGEN. Après cette date, le preneur d'assurance ne pourra invoquer aucune non-conformité entre les conditions convenues et le contenu du contrat d'assurance sans que soit établi un document écrit ou autre support durable.

ARTICLE 9 – Omissions ou inexactitudes intentionnelles du preneur d'assurance ou de la personne assurée dans la déclaration initiale du risque

1. En cas d'omissions ou d'inexactitudes intentionnelles dans la déclaration initiale du risque, aux termes de l'article 6, le contrat est considéré annulable.
2. Tous les frais médicaux pris en charge jusqu'à ce qu'au moment où la MGEN prend connaissance de ces omissions ou inexactitudes devront être remboursés à l'assureur par la personne assurée.
3. La personne assurée et le preneur d'assurance sont solidairement responsables du remboursement visé au paragraphe précédent.
4. Sans préjudice des dispositions des paragraphes précédents, la MGEN a le droit d'exiger le paiement de la prime due jusqu'au terme du contrat.

ARTICLE 10 - Omissions ou inexactitudes involontaires du preneur d'assurance ou de la personne assurée dans la déclaration initiale du risque

1. En cas d'omissions ou d'inexactitudes involontaires dans la déclaration initiale du risque, aux termes de l'article 6, paragraphe 1, la MGEN peut proposer au preneur d'assurance de modifier le contrat, en fixant un délai d'au moins quatorze (14) jours pour que le preneur d'assurance se prononce ;
2. Selon les dispositions du paragraphe précédent, le contrat cesse vingt (20) jours après l'envoi de la proposition de modification par la MGEN, si le preneur d'assurance n'a pas donné son accord.
3. En cas de cessation du contrat, la MGEN remboursera la prime correspondant à la période déjà payée et non écoulée, sauf lorsqu'il y a eu paiement de prestations découlant d'un sinistre.
4. En cas de sinistre survenu avant la cessation ou la modification du contrat, dont la survenance ou les conséquences ont été influencées par des faits ayant fait l'objet d'une omission ou d'une inexactitude involontaire, la MGEN
 - a) Couvre le sinistre à hauteur de la différence entre la prime payée et de la prime qui serait due si elle avait eu connaissance du fait omis ou inexact au moment de la signature du contrat ;
 - b) Ne couvre pas le sinistre et démontre qu'en aucun cas elle n'aurait signé le contrat ou accepté l'adhésion si elle avait eu connaissance du fait omis ou inexact.

ARTICLE 11 – Adjonction/exclusion ou transferts de bénéficiaires / personnes assurées

- c) Sauf stipulation contraire, toute adjonction de personne assurée / bénéficiaire doit être faite à la signature ou au renouvellement du contrat, excepté dans les cas suivants et pour autant qu'ils aient eu lieu il y a moins de 60 jours :
- Embauche d'un **nouveau collaborateur** au sein de l'entreprise, ainsi que les membres de sa famille ;
 - Admission d'un **nouveau participant** à un groupe fermé, ainsi que les membres de son foyer ;
 - Mariage** ;
 - Naissance** ou **adoption** d'un nouveau membre de la famille, à condition que le foyer soit déjà couvert par le contrat.
- L'ouverture des droits pour les personnes ajoutées au contrat après l'entrée en vigueur du contrat est assortie des délais de carence prévus à l'article 4.
 - Tout changement de composition du foyer doit être communiqué à la MGEN dans un délai de 60 jours à compter de sa survenance.
 - Pendant la durée du contrat, le preneur d'assurance peut demander par écrit l'exclusion d'une personne assurée.
 - Pendant la durée du contrat, le preneur d'assurance peut demander par écrit l'exclusion de toute la famille d'une personne assurée. Cependant, il ne peut pas demander l'exclusion de seulement certains membres de la famille.
 - Dans les cas prévus aux paragraphes 4 et 5, la MGEN remboursera la prime correspondant à la période déjà payée et non écoulée, sauf lorsqu'il y a eu paiement de prestations découlant d'un sinistre.
 - Lorsqu'une personne assurée cesse d'être liée au groupe (entreprise, association ou foyer), elle peut adhérer à l'un des plans individuels de la MGEN en vigueur à cet effet. L'adhésion individuelle à la MGEN doit être faite dans le délai de 60 jours à compter de la sortie du groupe assurée.

ARTICLE 12 – Rentrée de la personne assurée / du preneur d'assurance

- La rentrée du preneur d'assurance ou de la personne assurée dans un plan de garanties n'est pas possible sans l'autorisation préalable et expresse de la MGEN.
- L'autorisation de rentrée est précédée d'une analyse détaillée des circonstances qui ont motivé la sortie.

CHAPITRE III – DURÉE DU CONTRAT

ARTICLE 13 – Entrée en vigueur, durée et renouvellement du contrat

- Le contrat d'assurance est signé pour une durée d'un an et il entre en vigueur à la date prévue dans les conditions particulières.
- Le contrat est renouvelé chaque année pour des périodes de même durée, sauf communication préalable des parties sur support papier ou autre support durable disponible envoyée au moins 30 jours avant la date de renouvellement du contrat.
- Si les parties ne sont pas d'accord sur les conditions de renouvellement, la communication visée au paragraphe précédent vaudra dénonciation du contrat d'assurance.
- La MGEN ne peut pas proposer de conditions discriminatoires pour le renouvellement des contrats d'assurance individuels conclus dans le cadre d'un groupe ouvert.
- La MGEN et le preneur d'assurance sont tenus de respecter les conditions de renouvellement du contrat d'assurance fixées avec l'entité du groupe ouvert.

ARTICLE 14 – Dénonciation du contrat

- Le preneur d'assurance peut dénoncer librement le contrat d'assurance, moyennant communication écrite adressée à la MGEN au moins trente (30) jours avant la date de renouvellement.
- La MGEN ne peut pas dénoncer le contrat d'assurance, sous réserve des cas prévus au paragraphe 3 de l'article précédent.

ARTICLE 15 - Rétractation

1. O Preneur d'Assurance dispose d'un droit de rétractation de trente (30) jours à compter de la réception de la police, sous réserve des dispositions du paragraphe suivant.
2. Le délai prévu au paragraphe précédent court à compter de la date de signature du contrat, à condition que le preneur d'assurance dispose ce jour-là, sur support papier ou sur un autre support durable, de toutes les informations importantes devant figurer dans la police.
3. La rétractation doit être communiquée à la MGEN par écrit, sur support papier ou sur un autre support durable disponible et accessible à la MGEN.
4. La rétractation prévue au paragraphe 1 a des effets rétroactifs, mais la MGEN a droit au remboursement du montant des frais qu'elle aura supportés au titre de ce contrat.

ARTICLE 16 – Résiliation du contrat pour motif légitime

1. Le présent contrat d'assurance peut être résilié par l'une ou l'autre des parties à tout moment, en cas de motif légitime, conformément aux dispositions générales.
2. Constitue un motif légitime du preneur d'assurance :
 - a. Tout manquement aux obligations contractuelles de la MGEN essentielles au maintien du contrat tel qu'il a été accepté ;
3. Constitue un motif légitime de la MGEN, notamment :
 - a. Le défaut de paiement de la prime, conformément à l'article 19 ;
 - b. L'escroquerie ou la tentative d'escroquerie par le preneur d'assurance et/ou la personne assurée ;
 - c. L'omission ou l'inexactitude intentionnelle ou involontaire du preneur d'assurance/de la personne assurée dans la demande d'adhésion ;
 - d. L'inexécution des obligations contractuelles du preneur d'assurance et/ou la personne assurée, essentielles au maintien du contrat tel qu'il a été accepté.

ARTICLE 17 – Cessation des garanties vis-à-vis des personnes assurées

Le droit aux garanties cesse pour chaque personne assurée aux dates/moments indiqués ci-dessous :

- a. Date de cessation du contrat d'assurance ;
- b. Date du lien ou de l'intérêt commun qui unit la personne assurée au preneur d'assurance ou à l'entité du groupe ouvert ;
- c. Date de défaut de paiement de la prime.

ARTICLE 18 – Effets de la cessation des garanties

1. La cessation du contrat d'assurance entraîne l'extinction des obligations de l'assureur et du preneur d'assurance. Cependant, l'assureur reste tenu de prendre en charge la prestation découlant de la couverture du risque si le sinistre est antérieur à la cessation ou concomitant et même si ce dernier est la cause de la cessation du contrat, sans préjudice des obligations du preneur d'assurance et des personnes assurées, telles que prévues à l'article 23.
2. Après la cessation du contrat, celui-ci ne peut plus être rétabli.

CHAPITRE IV – MONTANT ASSURÉ ET PRIME

ARTICLE 19 – Montant assuré

La responsabilité de la MGEN est limitée aux plafonds fixés dans les conditions particulières du contrat d'assurance.

ARTICLE 20 – Paiement de la prime

1. Conformément à la législation en vigueur, la couverture des risques garantis par le présent contrat dépend du paiement de la prime ou de la première fraction, qui est due à la date de signature du contrat.
2. La prime correspondante à chaque période de durée du contrat est due en entier, sans préjudice de la possibilité de fractionner son paiement.
3. Les primes ou fractions suivantes sont dues aux dates fixées dans les conditions particulières du contrat d'assurance. Le cas échéant, la part de la prime variable relative à la révision de son montant ou la part de la prime correspondant aux modifications du contrat sont dues aux dates indiquées dans les avis de recouvrement, conformément aux paragraphes suivants.
4. La MGEN prévient le preneur d'assurance, par écrit, au moins trente (30) jours avant la date d'échéance de la prime ou de la fraction, en lui indiquant la date limite de paiement et le montant à payer.
5. En cas de fractionnement de la prime d'une durée inférieure ou égale au trimestre, aucun avis de recouvrement n'est envoyé.

ARTICLE 21 – Défaut de paiement des primes

1. Si le preneur d'assurance ne paye pas la prime initiale ou la première fraction avant la date limite, le contrat est résilié d'office à compter de sa date de signature.
2. Le défaut de paiement de la prime d'une année suivante, ou de la première fraction de celle-ci, à sa date d'échéance, empêche le renouvellement du contrat.
3. Le défaut de paiement de la prime entraîne la résiliation d'office du contrat à la date d'échéance des paiements suivants :
 - a) Une fraction de prime au cours d'une année d'assurance ;
 - b) Un complément de prime dans les cas prévus aux conditions particulières,
 - c) Une prime supplémentaire justifiée par la modification du contrat due à une aggravation du risque.

ARTICLE 22 – Révision de la prime

La prime peut être révisée, chaque année, à la date de renouvellement du contrat, moyennant préavis envoyé au preneur d'assurance au moins trente (30) jours à l'avance, en fonction de l'évolution des coûts et du nombre d'actes médicaux pris en charge au titre des assurances santé.

CHAPITRE V – DROITS ET OBLIGATIONS DES PARTIES

ARTICLE 23 – Obligations du preneur d'assurance et/ou des personnes assurées en cas de sinistre

1. En cas d'accident ou de maladie couvert(e) par le présent contrat, le preneur d'assurance et/ou l'assuré s'engagent à :

Pour les prestations conventionnées :

 - a. Choisir un prestataire appartenant au réseau indiqué par la MGEN ;
 - b. Présenter sa carte d'adhérent au prestataire des services médicaux ;
 - c. Payer au prestataire la partie des frais restant à sa charge, comme indiqué dans les conditions particulières.

Pour les prestations remboursables hors réseau :

- d. Remplir la demande de remboursement et l'envoyer à la MGEN (formulaire disponible sur son site) ;
 - e. Demander une pré-autorisation à la MGEN pour réaliser les actes médicaux énoncés au paragraphe 3 du présent article. Autrement, aucun remboursement ne sera effectué au titre de ces actes ;
 - f. Présenter la prescription médicale des examens médicaux réalisés et des soins reçus, ainsi que des médicaments et des lunettes achetés ;
 - g. Si les frais ont été engagés à l'étranger et qu'ils sont couverts par le contrat, les factures originales payées devront obligatoirement être rédigées en portugais, en anglais, en français ou en espagnol ;
 - h. Présenter, dans un délai maximum de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de réalisation de l'acte médical en question, les factures originales des frais payés, lesquelles devront obligatoirement indiquer le nom du patient, les services fournis détaillés, la spécialité médicale et obéir aux normes légales, notamment en matière fiscale ;
 - i. Le délai fixé au paragraphe précédent est porté à 180 (cent quatre-vingt) jours lorsque les frais ont été au préalable ou partiellement pris en charge par un autre assureur, dans le cadre du régime complémentaire ;
 - j. Concernant les frais visés ci-dessus, la personne assurée s'engage à présenter la demande de prise en charge d'abord à l'autre sous-système ou assureur. La MGEN remboursera la personne assurée après la prise en charge préalable de ce dernier ou sur copie certifiée conforme ;
 - k. Si la personne assurée a déjà fait jouer les garanties d'un autre assureur, dans le cadre d'un régime complémentaire, elle doit présenter une copie de la prescription médicale et de la facture des frais payés, ainsi que le justificatif original de la part des frais non remboursée au titre de l'autre sous-système ou contrat d'assurance ;
2. En plus des obligations ci-dessus, le preneur d'assurance et/ou la personne assurée doivent également, en cas de sinistre :
 - a. Informer la MGEN sur les circonstances et conséquences exactes de la maladie ou de l'accident ;
 - b. Respecter les prescriptions du médecin auquel ils ont fait appel ;
 - c. Se soumettre aux examens pratiqués par les médecins désignés par la MGEN, s'ils les jugent nécessaires
 3. Les personnes assurées doivent également demander une préautorisation aux services médicaux de la MGEN avant d'engager les frais suivants :
 - a. Frais couverts par la condition spéciale « frais d'hospitalisation » ;
 - b. Frais de transports vers des établissements hospitaliers à l'étranger ;
 - c. Frais de soins faisant suite à des maladies graves, des maladies chroniques, des maladies ou des lésions préexistantes ainsi que des maladies provoquées par des malformations congénitales ;
 - d. Tout acte médical découlant de la condition spéciale « Extension territoriale ».
 4. Si, du fait de l'urgence de la situation, il s'avère impossible de demander une préautorisation, les services médicaux de la MGEN doivent être contactés dans les meilleurs délais et en tout état de cause sous 96 heures.
 5. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'éviter ou, du moins, de diminuer la gravité des conséquences de l'accident ou de la maladie.
 6. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée autorisent la MGEN à communiquer à AdvanceCare toutes les informations confidentielles concernant le présent contrat.
 7. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée autorisent les médecins et les hôpitaux à fournir au médecin responsable des services médicaux de la MGEN les comptes rendus médicaux et tous autres documents qu'il pourrait demander durant la procédure d'assistance à la personne assurée.

ARTICLE 24 – Paiement du remboursement

1. La MGEN s'engage à procéder avec diligence et promptitude à toutes les vérifications indispensables au bon règlement des sinistres.

2. La MGEN procède au paiement dans le délai de quinze (15) ouvrables à compter de la réception de la demande de remboursement dûment accompagnée des documents justificatifs nécessaires au règlement du sinistre.
3. Les paiements dus par la MGEN sont effectués au Portugal et en euros.
4. Si la personne assurée a payé les frais en devise étrangère, la conversion en euros est effectuée au taux de change publié par la Banque du Portugal le jour où ils ont été payés.

CHAPITRE VI – DISPOSITIONS FINALES

ARTICLE 25 – Complémentarité

En cas de complémentarité entre le présent contrat d'assurance et d'autres systèmes de protection, le total des prises en charge des autres organismes/caisses et de la MGEN ne peut, en aucun cas, être supérieur au montant réel des frais engagés par le preneur d'assurance et/ou la personne assurée.

ARTICLE 26 – Étendue territoriale

1. Le présent contrat est valable au Portugal continental, ainsi que dans les Régions autonomes des Açores et de Madère.
2. Le présent contrat est valable à l'étranger si l'une des conditions suivantes est réunie :
 - a. En cas d'accident ou de maladie soudaine, si la personne assurée est à l'étranger pour une durée non supérieure à quatre-vingt-dix (90) jours ;
 - b. En cas de soins à l'étranger, à condition qu'une entité médicale, nommée par la MGEN, atteste de l'impossibilité d'effectuer le traitement en question sur le territoire portugais.
3. Si les conditions particulières le prévoient expressément et sous réserve des dispositions du paragraphe 2 du présent article, le contrat peut produire ses effets à l'étranger, selon ce qui aura été établi dans les conditions spéciales.

ARTICLE 27 – Communications et notifications entre les parties

1. Les communications ou notifications prévues dans le présent contrat d'assurance doivent être envoyées, par écrit ou tout autre moyen dont il subsiste une trace durable, à la dernière adresse indiquée au contrat du preneur d'assurance et de la MGEN.
2. Tout changement d'adresse ou du siège social du preneur d'assurance doit être communiqué à la MGEN dans les trente (30) jours suivant la date où il se produit. À défaut, toutes les communications et notifications envoyées à l'ancienne adresse seront réputées valables.

ARTICLE 28 - Prescription

1. Le droit de la MGEN à la prime prescrit au bout de 2 (deux) ans à compter de sa date d'échéance.
2. Les droits nés du présent contrat prescrivent dans un délai de 5 (cinq) ans à compter de la date à laquelle le titulaire en a pris connaissance, sans préjudice de la prescription ordinaire à compter du fait générateur.

ARTICLE 29 - Subrogation

Après avoir payé l'indemnisation, la MGEN est subrogée dans les droits de la personne assurée contre les tiers responsables du sinistre, à hauteur de l'indemnisation versée. La personne assurée doit s'abstenir de pratiquer tous actes ou omissions pouvant nuire à la subrogation, sous peine de dommages-intérêts.



ARTICLE 30 – Protection des données

En application de la Loi de Protection des Données Personnelles (Loi n° 67/98 du 26 octobre 1998, de la République Portugaise), tout adhérent ou bénéficiaire a un droit d'accès et de rectification de ses données personnelles, qui sont recueillies dans les fichiers informatiques de la MGEN et des Prestataires de soins médicaux.

ARTICLE 31 – Gestion des réclamations

1. En cas de désaccord concernant les garanties, l'adhérent doit adresser ses réclamations à la MGEN par courrier électronique ou postal à :

reclamacoes@mgen.com

Gestão de Reclamações

Rua Castilho, n° 39, 12-D

1250-068 Lisboa

2. En cas de divergence avec la MGEN, le preneur d'assurance et/ou la personne assurée peuvent également adresser leurs réclamations aux autorités compétentes, sans préjudice de leur droit de recourir à l'arbitrage ou de saisir les tribunaux, conformément aux dispositions légales en vigueur au Portugal.

ARTICLE 32 – Législation applicable et attribution de juridiction

1. Tout litige entre les parties sera réglé conformément à la loi portugaise, étant admis le recours à l'arbitrage, ainsi que les dispositions réglementaires, de contrôle et de supervision de la MGEN en France.
2. En cas de litige né de l'exécution ou de l'interprétation du présent contrat, l'assureur, le preneur d'assurance et les adhérents feront leurs meilleurs efforts pour trouver une solution d'un commun accord.
3. Sans préjudice des dispositions du paragraphe précédent, tout litige ou différend né du présent contrat d'assurance sera tranché par la juridiction déterminée conformément aux règles légales, selon le cas.

CONDITIONS SPÉCIALES

Lorsqu'ils sont expressément prévus dans les conditions particulières et à hauteur des plafonds qui y sont fixés, les actes et les frais ci-après sont garantis :

ARTICLE 1^{er} - Hospitalisation

1. La présente condition spéciale garantit, dans les conditions et selon les plafonds fixés dans les conditions particulières, le paiement des frais indiqués ci-dessous, pour autant qu'ils soient engagés dans un établissement hospitalier et pour une hospitalisation supérieure ou égale à 24 heures, notamment :
 - a. Honoraires médicaux ;
 - b. Hospitalisation en soins intensifs ;
 - c. Chimiothérapie et radiothérapie, indépendamment de l'existence d'une hospitalisation ;
 - d. Chirurgie dentaire ou maxillo-faciale si elle fait suite à une tumeur, à une maladie grave ou à un accident (survenu pendant la durée du présent contrat) et nécessitant des soins urgents avec hospitalisation ;
 - e. Forfaits journaliers de la personne assurée ;
 - f. Infirmière non particulière ;
 - g. Examens médicaux, s'ils sont prescrits et réalisés durant l'hospitalisation ;
 - h. Médicaments administrés durant l'hospitalisation ;
 - i. Prothèses infra-chirurgicales ;
 - j. Chirurgie ou traitements réfractifs de la myopie, de l'astigmatisme et de l'hypermétropie lorsque les dioptries sont supérieures à 4 pour chaque œil, indépendamment de l'existence d'une hospitalisation ;
 - k. Soins de suite ou palliatifs : ces dépenses sont prises en charge à hauteur de 15% du plafond annuel d'hospitalisation fixé dans les conditions particulières du contrat.
 - l. Salle d'opération et installations nécessaires à la réalisation des actes médicaux (bloc opératoire, salle de réveil, etc.) et produits utilisés (gaz d'anesthésie, oxygène, etc.) ;
 - m. Transport terrestre en ambulance depuis et jusqu'à l'établissement hospitalier, à condition que l'état de la personne assurée le justifie ;
2. Même si l'hospitalisation a duré moins de 24 heures, l'assurance couvre les frais énoncés ci-dessus s'ils découlent d'une chirurgie en ambulatoire.
3. Les honoraires chirurgicaux garantis par cette couverture sont limités aux montants qui résultent du produit entre la valeur de « K » indiquée dans les conditions particulières et le nombre de « K » prévu dans le Code de Nomenclature et Valeur Relative des Actes Médicaux.
4. Les frais d'accompagnants ne sont pas pris en charge, sauf en cas d'hospitalisation d'enfants mineurs.
5. Les frais de confort personnel (téléphone, télévision, etc.) ne sont pas pris en charge.
6. Les soins dentaires ne sont pas pris en charge dans cette couverture, sous réserve de ceux prévus au point d) du paragraphe 1 du présent article.

ARTICLE 2 – Soins ambulatoires

1. La présente condition spéciale garantit, dans les conditions et selon les plafonds fixés dans les conditions particulières, le paiement des frais indiqués ci-dessous, qui ne concernent pas les prestations et les services spécifiques d'un environnement hospitalier, même s'ils y sont réalisés :
 - a. Honoraires des médecins généralistes ainsi que des autres spécialités médicales, pour autant qu'elles soient reconnues par l'Ordre des Médecins ;
 - b. Soins ambulatoires prescrits par le médecin ;
 - c. Examens médicaux prescrits par le médecin ;
 - d. Petite chirurgie réalisée hors de l'hôpital ;
 - e. Rééducation ;
 - f. Kinésithérapie ;
 - g. Orthophonie ;
 - h. Infirmière non particulière ;
 - i. Transport terrestre en ambulance depuis et jusqu'à l'établissement hospitalier au Portugal, à condition que l'état de la personne assurée le justifie ;
 - j. Transport jusqu'à un établissement hospitalier à l'étranger ;
 - k. Médecines alternatives, précisément : acuponcture, homéopathie, ostéopathie, naturopathie et chiropraxie, pratiquées par des médecins ou des prestataires d'autonomie déontologique reconnue.
 - l. Frais afférents aux méthodes contraceptives, à raison d'un plafond de € 40,00 (quarante euros) par année d'assurance.
2. Les frais des médecines alternatives sont couverts s'ils sont réalisés sur le réseau de Prestataires Bien-être. La personne assurée prend en charge le montant total des honoraires conventionnés sur ce réseau, puis elle demande leur remboursement à la MGEN, en respectant les plafonds fixés dans les conditions particulières.
3. Les honoraires chirurgicaux garantis par cette couverture sont limités aux montants qui résultent du produit entre la valeur de « K » indiquée dans les conditions particulières et le nombre de « K » prévu dans le Code de Nomenclature et Valeur Relative des Actes Médicaux.
4. Les produits en vente libre, tels que couches, bouillies, laits, pansements, seringues et aiguilles, pommades, produits diététiques et autres produits similaires, ne sont pas pris en charge.
5. Les soins dentaires ne sont pas pris en charge dans cette couverture.

ARTICLE 3 – Soins dentaires

1. La présente condition spéciale garantit, dans les conditions et selon les plafonds fixés dans les conditions particulières, la prise en charge des frais de soins dentaires et/ou maxillo-faciaux, notamment :
 - a. Consultations et soins ;
 - b. Hospitalisation ;
 - c. Honoraires médicaux ;
 - d. Soins ambulatoires et autres actes médicaux à condition qu'ils soient prescrits par un médecin stomatologue ;
 - e. Examens médicaux, à condition qu'ils soient prescrits par des médecins stomatologues, en médecine dentaire ou maxillo-faciale ;
 - f. Détartrages ;
 - g. Orthodontie ;
 - h. Acquisition de prothèses dentaires ;
 - i. Chirurgie dentaire ou maxillo-faciale faisant suite à une maladie.
2. Cette condition spéciale ne prend pas en charge les frais d'utilisation de matériaux précieux.

ARTICLE 4 – Prothèses et orthèses

1. La présente condition spéciale garantit, dans les conditions et selon les plafonds fixés dans les conditions particulières, la prise en charge des frais des instruments conçus médicalement pour remplacer, en tout ou en partie, la perte d'un membre ou d'un organe, ainsi que ceux utilisés pour aider le membre ou l'organe à accomplir ses fonctions, en tout ou en partie, pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin de la spécialité, un optométriste ou un orthoptiste, notamment :
 - a. Montures de lunettes si elles sont achetées avec les verres correcteurs ;
 - b. Verres correcteurs
 - c. Lentilles de vue, solutions de conservation non comprises ;
 - d. Prothèses et/ou orthèses auditives, ophtalmologiques et orthopédiques ;
 - e. Achat ou location de chaises roulantes et de lits articulés.
2. Les frais visés aux points a) et b) sont également pris en charge lorsqu'ils sont prescrits par un optométriste, une année de contrat sur deux, sauf en cas de changement de correction par rapport à la prescription précédente ou dans le cas des mineurs pour autant que le changement de lunettes soit justifié par la croissance de l'enfant.
3. Les vols, pertes ou bris de lunettes ou de verres ne sont pas pris en charge, sauf s'ils font suite à un accident couvert par le contrat, à condition que la déclaration d'accident soit accompagnée d'un document attestant des lésions corporelles causées à la personne assurée, élaboré par le médecin ou par l'établissement hospitalier qui a pratiqué les soins.
4. Cette couverture ne prend pas en charge les bas de contention, chaussettes de contention, ceintures de contention, gaines de grossesse, ceintures lombaires, protège-poignets, genouillères, coudières, appuis-bras, appareils d'aérosol, tampons auditifs, semelles et chaussures.
5. Les soins dentaires ne sont pas pris en charge dans cette couverture.

ARTICLE 5 – Médicaments

1. La présente condition spéciale garantit, à hauteur des plafonds fixés dans les conditions particulières, le remboursement des frais engagés pour l'achat de médicaments et de vaccins autorisés par l'Informed et prescrits par un médecin pour le traitement exclusif du bénéficiaire en ce qui concerne des maladies manifestes.
2. Seuls sont remboursés les médicaments pour lesquels la facture est accompagnée de la prescription médicale. Cependant, l'envoi de la prescription n'est pas nécessaire lorsque les frais ont déjà fait l'objet d'une prise en charge partielle par le Service National de Santé ou un autre sous-système équivalent.
3. Pour la prise en charge des vitamines, il faut présenter la prescription et le compte rendu médical qui justifie leur utilisation.
4. Les produits pharmaceutiques manipulés et les produits dermocosmétiques ne sont pas pris en charge dans cette couverture.

ARTICLE 6 – Accouchement

1. La présente condition spéciale garantit, à hauteur des plafonds fixés dans les conditions particulières, le paiement des frais d'accouchement (normal ou césarienne) ou d'interruption de grossesse, notamment :
 - a. Honoraires médicaux et de soins infirmiers ;
 - b. Salle d'opérations, instruments et matériel utilisé ;
 - c. Examens médicaux ;
 - d. Médicaments administrés à la personne assurée durant son hospitalisation ;
 - e. Forfait journalier de la parturiente et du nouveau-né ;
 - f. Soins intensifs de néonatalogie ;
 - g. Transport terrestre en ambulance jusqu'à l'établissement hospitalier au Portugal ;

2. Les honoraires chirurgicaux garantis par cette couverture sont limités aux montants qui résultent du produit entre la valeur de « K » indiquée dans les conditions particulières et le nombre de « K » prévu dans le Code de Nomenclature et Valeur Relative des Actes Médicaux.
3. Les frais d'accompagnants, ou tous autres de nature particulière, ne sont pas pris en charge.

ARTICLE 7 – Accès au réseau bien-être

1. Lorsque cette couverture est prévue dans les conditions particulières, la MGEN garantit l'accès au réseau de bien-être dans les conditions établies et conventionnées entre AdvanceCare et le prestataire, notamment :
 - a. Médecines alternatives (Acupuncture, homéopathie, ostéopathie, chiropraxie, shiatsu) ;
 - b. Cures thermales ;
 - c. Salles de sport et centres de remise en forme ;
 - d. Spas ;
 - e. Consultations de nutrition ;
 - f. Parapharmacies ;
 - g. Podologie ;
 - h. Préparation à l'accouchement ;
 - i. Psychologie ;
 - j. Thalassothérapie ;
 - k. Orthophonie ;
 - l. Hygiène bucco-dentaire ;
 - m. Opticiens ;
 - n. Autres prestations proposées par le réseau.
2. La personne assurée choisit un prestataire sur le réseau bien-être et paye les honoraires conventionnés.

ARTICLE 8 – Accès au réseau HNA Espagne

1. Lorsque cette couverture est prévue dans les conditions particulières, la MGEN prend en charge le paiement des frais médicaux engagés en Espagne, dans les conditions suivantes :
 - a. Frais d'hospitalisation motivés par un accident couvert par le présent contrat ou une maladie ;
 - b. Soins ambulatoires ;
 - c. Frais de médicaments.
2. Sous réserve des dispositions ci-dessus, l'étendue territoriale prévue par la présente clause particulière ne s'applique pas aux frais d'hospitalisation motivés par un accouchement.

Conditions de fonctionnement :

- a. Les frais engagés en vertu des conditions spéciales « Hospitalisation » et « Soins ambulatoires » sont pris en charge uniquement si les prestataires sont conventionnés par le Réseau HNA.
- b. Les frais de médicaments engagés ne seront remboursés par la MGEN que s'ils sont prescrits par des médecins appartenant au réseau conventionné, à l'occasion de consultations ou d'actes médicaux pratiqués en vertu des conditions spéciales « Hospitalisation » et « Soins ambulatoires ».
- c. Si la nature des frais et/ou de l'acte médical à pratiquer à l'étranger exige une préautorisation du Réseau HNA ou de la MGEN, les frais médicaux visés au point 1 ne sont pris en charge que si la personne assurée a demandé et obtenu l'autorisation préalable du Réseau HNA ou de la MGEN.
- d. En ce qui concerne la condition spéciale « Hospitalisation », la présente extension territoriale s'applique uniquement si, compte tenu de l'état de santé de la personne assurée, les soins pratiqués à l'étranger doivent avoir une finalité purement palliative.

Préautorisation :

3. Aux fins des dispositions du point précédent, la prise en charge des frais couverts par la présente clause particulière exigera toujours une préautorisation de la MGEN dans les cas suivants :
- a. Frais médicaux couverts par la condition spéciale « Hospitalisation » ;
 - b. Chirurgies ambulatoires ;
 - c. Soins ambulatoires à l'hôpital ;
 - d. Angioscopie en fluorescence et rétinographie ;
 - e. IRM / Scanner /TEP ;
 - f. Diagnostic cardiologique ;
 - g. Échocardiogramme, Holter, Ergométrie, Doppler ;
 - h. Analyses médicales (particulièrement les caryotypes) ;
 - i. Examens anatomopathologiques spéciaux ;
 - j. Extraction de grains de beauté kystes et nævus en consultation ;
 - k. Rééducation / Kinésithérapie ;
 - l. Radiologie vasculaire ;
 - m. Radiothérapie ;
 - n. Chimiothérapie et cobaltothérapie ;
 - o. Toutes les techniques de neurophysiologie ;
 - p. Isotopes radioactifs.

ARTICLE 9 - Limites d'utilisation des consultations

1. L'utilisation de la garantie consultations médicales n'est soumise à aucune limite. Cependant, il faut un compte rendu médical qui justifie leur utilisation dans les circonstances ci-après, en cas de maladie confirmée :
 - a. Dermatologie ou chirurgie vasculaire, à partir de la 3^{ème} consultation.
 - b. Psychiatrie, à partir de la 6^{ème} consultation individuelle ou de la 12^{ème} en groupe.
2. La psychologie est également garantie, comme spécialité médicale non reconnue par l'Ordre des Médecins, à concurrence de 4 consultations par année d'assurance.

ARTICLE 10 - Limites d'utilisation des soins

L'utilisation de la garantie soins médicaux n'est soumise à aucune limite. Cependant, il faut un compte rendu médical qui les justifie, en cas de maladie confirmée, dans les spécialités de psychothérapie et d'orthophonie à partir de 12 séances par année d'assurance.

ARTICLE 11 – Check-up

1. Lorsqu'elle est prévue dans les conditions particulières, cette couverture garantit :
 - a. L'accès direct aux prestataires de check-ups du réseau AdvanceCare/MGEN (Option 1 – prix conventionnés payés par la personne assurée) et/ou
 - b. La réalisation d'un check-up biennuel selon les conditions et le plafond établis dans les conditions particulières (Option 2 – la personne assurée paye un reste à charge sur le réseau de check-ups, avec la garantie d'un check-up tous les 2 ans)

2. Le check-up comprend les prestations suivantes :
- a. Consultation médicale avec compte rendu ;
 - b. Hémogramme (Érythrogramme + leucocytes + formule leucocytaire) ;
 - c. Vitesse de sédimentation érythrocytaire = VS ;
 - d. Urine II (analyse sommaire de l'urine) ;
 - e. Glycose ;
 - f. Créatinine urine ;
 - g. Créatinine sérique ;
 - h. Acide urique ;
 - i. Cholestérol total ;
 - j. Cholestérol HDL ;
 - k. Cholestérol LDL (calculé) ;
 - l. Triglycérides ;
 - m. TGO ;
 - n. TGP ;
 - o. Albumine (Recherche de...) ;
 - p. Sang occulte (Recherche de...) ;
 - q. Électrocardiogramme simple de 12 dérivations avec interprétation et compte rendu ;
 - r. Radiographie thorax, poumons et cœur (1 cliché) ;
 - s. Mammographie – 4 clichés, 2 de chaque côté (pour les personnes assurées de plus de 35 ans) ;
 - t. Antigène prostatique spécifique = PSA (pour les personnes assurées de plus de 35 ans).

ARTICLE 12 – Deuxième avis médical international

1. Lorsqu'elle est prévue dans les conditions particulières, en cas de maladie grave, cette couverture garantit à l'assuré un deuxième avis médical international afin d'obtenir un deuxième avis concernant le diagnostic de sa maladie et/ou les traitements indiqués auprès de médecins spécialistes internationaux réputés.
2. Cette couverture garantit à la personne assurée les prestations suivantes :
 - a. Assistance médicale personnalisée au Portugal pour la gestion de son dossier de deuxième avis médical international ;
 - b. Recueil de toute l'information médicale nécessaire ;
 - c. Analyse de son dossier par des spécialistes de renommée internationale et émission d'un deuxième avis sur le diagnostic de sa maladie et/ou sur les traitements indiqués ;
 - d. Compte rendu détaillé en portugais sur son cas clinique comprenant :
 - i. Résumé du cas ;
 - ii. Motif du deuxième avis médical international ;
 - iii. Procédure de sélection des spécialistes médicaux internationaux ;
 - iv. Deuxième avis des spécialistes médicaux internationaux ;
 - v. CV des spécialistes sélectionnés.
3. Pour utiliser cette couverture, l'assuré doit remplir un formulaire de demande de deuxième avis médical international, qui lui sera fourni par les services de la MGEN/AdvanceCare, sur demande à la Ligne d'Assistance Client.
4. Pour une bonne utilisation de cette couverture, l'assuré devra fournir tous les documents médicaux dont il dispose et qui lui seront demandés par les services médicaux de la MGEN, étant entendu que la qualité du deuxième avis médical international dépendra de l'étendue et de la rigueur des données envoyées par l'assuré.
5. Sont exclus de cette couverture :
 - a. Toutes demandes de deuxième avis médical international si les services médicaux de la MGEN considèrent qu'elles ne relèvent pas du service de deuxième avis médical international, tel que visé à l'article 1^{er} de cette couverture ;
 - b. Frais d'honoraires médicaux, de médicaments et/ou d'hospitalisations ;
 - c. Frais de transport et/ ou hébergement au Portugal ou à l'étranger ;

6. Le deuxième avis médical international doit être considéré comme un complément à l'avis du médecin traitant. Par conséquent, la MGEN décline toute responsabilité concernant l'utilisation par l'assuré ou toutes autres personnes de l'information contenue dans la réponse à la demande de deuxième avis médical international. Sont donc exclus tous dommages et toutes pertes causés directement ou indirectement par l'avis des médecins et/ou experts consultés.

ARTICLE 13 – Accès au réseau de prévention dentaire

1. Lorsque cette couverture est prévue dans les conditions particulières, la MGEN garantit l'accès à un réseau de prestataires de soins dentaires, dénommé Dentinet 1, dans les conditions établies et conventionnées avec le réseau de prestataires. La personne assurée a accès aux soins dentaires et doit seulement payer le reste à charge fixé.
2. Prestations garanties sur le réseau de prévention dentaire :
 - a. Première consultation ;
 - b. Consultation ;
 - c. Consultation pour la présentation et la discussion du programme de soins ;
 - d. Consultation de réévaluation ;
 - e. Consultation d'urgence ;
 - f. Scellement de sillons ;
 - g. Fluorisation (avec gouttières) ;
 - h. Prophylaxie chez l'adulte
 - i. Prophylaxie chez l'enfant ;
 - j. Instruction et motivation d'hygiène bucco-dentaire adulte ;
 - k. Instruction et motivation d'hygiène bucco-dentaire enfant ;
 - l. Conseil nutritionnel pour prévenir les maladies bucco-dentaires
 - m. Conseil anti-tabagique pour prévenir les maladies bucco-dentaires ;
 - n. Enlèvement de sutures ;
 - o. Détartrage bi-maxillaire (polissage dentaire compris) ;
 - p. Détartrage maxillaire (polissage dentaire compris) ;
 - q. Détartrage mandibulaire (polissage dentaire compris) ;
 - r. Réalisation et interprétation de radiographie périapicale ;
 - s. Réalisation de radiographie périapicale ;
 - t. Réalisation et interprétation de radiographie panoramique ;
 - u. Réalisation de radiographie panoramique.
 - v. Certificat médical.
3. Cette couverture est garantie uniquement sous forme de prestations conventionnées sur le réseau.
4. Exclusions : sauf stipulation contraire et sans préjudice des exclusions prévues dans les conditions générales, sont également exclus de cette garantie les frais suivants :
 - a. Tous les frais d'utilisation de matériaux précieux ;
 - b. Les actes médicaux non inclus dans la couverture du réseau de prévention dentaire.
5. Aucun délai de carence n'est appliqué à ces prestations.

ARTICLE 14 – Assistance médicale nationale

1. Lorsque cette couverture est prévue dans les conditions particulières, la MGEN garantit à l'assuré au travers du prestataire IMA un service d'assistance médicale téléphonique qui prend en charge les prestations suivantes en cas d'urgence et selon les plafonds applicables :
 - a. Conseil médical

La personne assurée dispose d'une permanence médicale téléphonique 24 heures sur 24, qu'elle peut appeler pour obtenir :

- i. des informations concernant des maladies ;
- ii. des informations concernant la prévention de problèmes de santé ;
- iii. des informations sur l'administration correcte de médicaments ;
- iv. de l'aide pour comprendre les résultats d'analyses, la terminologie médicale, l'interprétation de comptes rendus médicaux et de diagnostics ;

- v. des explications concernant le déroulement et la préparation nécessaire à la réalisation d'examens médicaux ;
 - vi. toutes autres informations présentant un intérêt (concernant la santé infantile, les pharmacies, etc.).
2. S'il n'est pas en mesure d'apporter une réponse immédiate, le Service d'Assistance se charge de trouver les informations demandées et de rappeler la personne assurée pour les lui communiquer. Le Service d'Assistance n'est pas responsable des interprétations faites par la personne assurée ni de leurs éventuelles conséquences. Les informations médicales qui pourraient être fournies ne sauraient être considérées comme une consultation médicale ni la remplacer, mais uniquement comme un conseil d'ordre général donné par l'un des médecins du Service d'Assistance :
- a. Envoi d'un médecin à domicile ;
 - b. Le Service d'Assistance garantit à la personne assurée l'envoi d'un médecin à son domicile, contre paiement du reste à charge fixé dans les conditions particulières, réglé directement au médecin durant la consultation ;
 - c. Si aucun médecin n'est disponible dans la commune ou le district où se trouve la personne assurée, le Service d'Assistance organise et prend en charge le transport de la personne assurée jusqu'au centre médical le plus proche, contre paiement du reste à charge fixé dans les conditions particulières ;
 - d. Cette couverture garantit la livraison des médicaments à domicile lorsque la personne assurée dispose déjà de l'ordonnance du médecin. Le coût des médicaments et les frais de livraison sont à la charge de la personne assurée ;
 - e. Transport en ambulance.
3. En cas de besoin, l'IMA organise le transport de la personne assurée en ambulance de son domicile jusqu'au poste de secours ou au service d'urgences le plus proche. L'IMA ne remplace pas les services d'urgences publics ; en cas d'urgence vitale, la personne assurée doit appeler le numéro d'urgence 112. À la sortie de l'hôpital, si la personne assurée est dans l'impossibilité de se déplacer par ses propres moyens, attestée par prescription médicale, l'IMA garantit son transport jusqu'à son domicile, par le moyen le mieux adapté à sa situation clinique, selon l'avis du médecin de l'IMA, ou à défaut, du médecin de l'établissement hospitalier.
4. Les frais de transport sont à la charge de l'adhérent.
5. Étendue territoriale : les garanties de la présente condition spéciale sont valables au Portugal continental et dans les régions autonomes des Açores et de Madère.
6. Exclusions : sans préjudice des exclusions prévues dans les conditions générales applicables à cette garantie, la présente condition spéciale ne couvre pas le remboursement des frais des actions de sauvetage, assistance médicale primaire et premier transport médicalisé, lorsqu'il existe des moyens publics disponibles à cet effet.

ARTICLE 15 – Accès au réseau d'ophtalmologie

1. Lorsqu'elle est prévue dans les conditions particulières, cette couverture garantit la prise en charge des frais médicaux concernant les soins ophtalmologiques réalisés sur le Réseau de Prestataires d'Ophtalmologie, pour les consultations ou les soins ophtalmologiques prévus sur le tableau des prises en charge du réseau de prestataires disponible sur www.mgen.pt, en conséquence d'une maladie ou d'un accident survenu pendant la durée du contrat.
2. Accès à un ensemble d'actes médicaux pratiqués par un ophtalmologue, pour un montant maximum conventionné de 35,00 €, à savoir :
 - a. Consultation ;
 - b. Tonométrie à air et à aplanation ;
 - c. Autoréfractomètre ;
 - d. Ophtalmoscopie indirecte complète ;
 - e. Gonioscopie ;
 - f. Biomicroscopie du fond d'œil ou champ visuel avec coupole de Goldman.

3. La personne assurée doit seulement payer au prestataire qu'elle a choisi sur le réseau le montant à sa charge, comme indiqué sur le tableau des prises en charge d'ophtalmologue disponible, et la différence est payée directement par la MGEN au prestataire.
4. L'accès au réseau de prestataires est également garanti pour :
 - a. L'achat de lunettes de vue (montures et verres) ;
 - b. L'achat de lentilles de contact ;
 - c. L'achat de prothèses ophtalmologiques.