

mgen<sup>\*</sup>

GROUPE vyv

L'ASSURANCE  
SANTÉ SOLIDAIRE  
QUI PROTÈGE LA  
SANTÉ DE TOUS



## CONDITIONS GÉNÉRALES ET SPÉCIALES

2023

Ligne adhérent 211 155 860 | [mgen.pt](http://mgen.pt)

MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 685 399, ayant son siège au n° 3 da Square Max Hymans, 75748 Paris 15

<b>CONDITIONS GÉNÉRALES</b>	4
<b>PRÉAMBULE</b>	4
<b>CHAPITRE I - DÉFINITIONS, OBJET, GARANTIES ET EXCLUSIONS</b>	4
ARTICLE 1 <sup>er</sup> - Définitions	4
ARTICLE 2 - Objet du contrat et étendue des garanties	6
ARTICLE 3 - Conditions d'adhésion	7
ARTICLE 4 - Délai de carance et entrée en vigueur des garanties	7
ARTICLE 5 - Exclusions	8
<b>CHAPITRE II - FORMATION DU CONTRAT ET SES MODIFICATIONS</b>	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	10
ARTICLE 10 - Omissions ou inexactitudes involontaires du preneur d'assurance ou de la personne assurée dans la déclaration initiale du risque	10
ARTICLE 11 - Ajout/Exclusion ou transfert de personne assurée	10
ARTICLE 12 - Rentrée du preneur d'assurance ou de la personne assurée	11
<b>CHAPITRE III - DURÉE DU CONTRAT</b>	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
<b>CHAPITRE IV - MONTANT ASSURÉ ET PRIME</b>	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
<b>CHAPITRE V - DROITS ET OBLIGATIONS DES PARTIES</b>	13
ARTICLE 23 - Obligations du preneur d'assurance et/ou des personnes assurées	13
ARTICLE 24 - Remboursement	14
<b>CHAPITRE VI - DISPOSITIONS FINALES</b>	14
ARTICLE 25 - Complémentarité	14
ARTICLE 26 - Étendue territoriale	15
ARTICLE 27 - Communications et notifications entre les parties	15
ARTICLE 28 - Prescription	15
ARTICLE 29 - Subrogation	15
ARTICLE 30 - Protection des données	15
ARTICLE 31 - Gestion des réclamations	16
ARTICLE 32 - Législation applicable et attribution de compétence	17
<b>CONDITIONS SPÉCIALES</b>	17
ARTICLE 1 <sup>er</sup> - 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	19
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 soins	21
ARTICLE 11- Check-up	21
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

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 au n° 3, Square Max Hymans, 75748 Paris 15e, ci-après désignée MGEN, autorisée à exercer son activité au Portugal par l'ASF - Autorité de Supervision des Assurances et des Fonds de Pensions, en vertu du régime de Libre Prestation de Services, sous le code LPS n° 4608, dans la branche Santé (vérifiable sur [www.asf.com.pt](http://www.asf.com.pt)) et représentée par Europamut, S.A., personne morale n° 508 840 210, siégeant Rua Castilho, n° 39, 12.° H, 1250-068 Lisboa, Portugal, établit le présent contrat d'assurance santé qui sera régi par les conditions générales, spéciales et particulières de la présente police, conformément aux déclarations figurant dans la demande d'adhésion ainsi que toute autre documentation qui lui aura servi de base et en fait partie intégrante.

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

### CHAPITRE I - DÉFINITIONS, OBJET, GARANTIES ET EXCLUSIONS

#### ARTICLE 1<sup>er</sup> - 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) **PRESTATAIRE DU RÉSEAU CONVENTIONNÉ** : 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) **PRESTATAIRE SANTÉ D'ASSISTANCE MÉDICALE** : service d'assistance, qui organise et fournit pour le compte de la MGEN, sous forme de prestation conventionnée et en faveur des personnes assurées, la prestation des services d'assistance médicale nationale prévus aux conditions spéciales ;
- d) **PRENEUR D'ASSURANCE** : entité, personne physique ou morale, qui souscrit le présent contrat pour le compte des personnes assurées et qui paie la prime ;
- e) **GRUPE 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 ;
- f) **GRUPE 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 ;
- g) **ASSURANCE DE GROUPE CONTRIBUTIVE** : assurance de groupe pour laquelle les personnes assurées contribuent, totalement ou en partie, au paiement de la prime ;
- h) **ASSURANCE DE GROUPE NON CONTRIBUTIVE** : assurance de groupe pour laquelle les personnes assurées ne contribuent pas au paiement de la prime, celle-ci étant entièrement prise en charge par le preneur d'assurance ;
- i) **ADHÉRENT** : personne physique, identifiée dans les conditions particulières, qui adhère au contrat d'assurance à titre principal ;
- j) **PERSONNE ASSURÉE** : personne physique identifiée dans les conditions particulières, dont la santé ou l'intégrité physique est assurée par le présent contrat ;
- k) **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 ;
- l) **FOYER** : sont considérées membres du foyer les personnes en communauté de vie, partageant le vivre et le couvert, et ayant établi entre elles ne cohabitation basée sur l'entraide et le partage de ressources, ayant avec l'adhérent principal l'un des liens familiaux suivants : conjoint, concubin, parents ou alliés majeurs en ligne directe (par exemple : enfants, petits-enfants, arrière-petits-enfants, parents, grands-parents, arrière-grands-parents) ou parents collatéraux majeurs jusqu'au 3ème degré (par exemple, frères et sœurs, neveux et nièces, oncles et tantes), parents et alliés mineurs en ligne directe ou collatérale à tous degrés, adoptants, tuteurs et personnes à qui l'adhérent est confié sur décision judiciaire ou administrative d'entités ou de services légalement compétents, adoptés ou sous tutelle de l'adhérent principal ou de tout autre membre du foyer. La situation de communauté de vie est considérée maintenue lorsque le titulaire ou bien l'un des membres du foyer s'absente pour une période inférieure ou égale à 30 jours, ou bien pour une période supérieure à 30 jours lorsque le déplacement est lié à des causes de santé, de formation universitaire ou professionnelle ou de déplacement professionnel.
- m) **ACCIDENT** : tout événement fortuit, soudain et anormal, causé par tout facteur extérieur et indépendant de la volonté de la personne assurée, entraînant chez cette dernière des lésions corporelles pouvant être cliniquement et objectivement constatées ;
- n) **SINISTRE** : événement ou série d'événements susceptible de justifier la mise en œuvre des garanties de la police ;
- o) **MALADIE** : toute altération involontaire de l'état de santé, non causée par un accident et susceptible d'être objectivement constatée par un médecin ;
- p) **ACCIDENT / MALADIE PRÉEXISTANT(E)** : effets de tous accidents survenus ou de toutes maladies apparues avant la date de souscription du présent contrat et que la personne assurée présente encore à la date de son entrée en vigueur ;

- q) **MALADIE CONGÉNITALE** : maladie présente à la naissance, causée par des facteurs héréditaires ou des anomalies survenues durant la grossesse jusqu'au moment de la naissance ;
- r) **MALADIE DÉCLARÉE** : maladie révélée et faisant l'objet d'un diagnostic clair et/ou donnant lieu au traitement correspondant ;
- s) **MALADIE SOUDAINE** : toute maladie demandant un traitement d'urgence à l'hôpital, que ce soit avec hospitalisation ou en ambulatoire ;
- t) **TRAITEMENT D'URGENCE** : tout traitement devant être effectué sous 48 heures ;
- u) **MALADIE GRAVE** : maladies oncologiques, y compris les cas de soupçons ou de pré-malignité, les maladies neurologiques et du système nerveux central, les maladies cardiaques, la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer ;
- v) **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'observations ou de soins ;
- w) **PRESTATIONS CONVENTIONNÉES** : frais médicaux engagés à la suite d'un sinistre au sein du réseau de prestataires par les personnes assurées, lorsque l'acte en question est conventionné. La prise en charge de la MGEN est versée directement aux prestataires ;
- x) **PRESTATIONS REMBOURSABLES** : frais médicaux engagés à la suite d'un sinistre, lorsque l'acte en question n'a pas été conventionné au préalable avec le prestataire de santé ; ces frais sont réglés directement par les personnes assurées au prestataire et leur sont remboursés par la MGEN selon la prise en charge fixée dans les conditions particulières ;
- y) **PRESTATIONS D'ACCÈS AU RÉSEAU CONVENTIONNÉ** : frais médicaux engagés à la suite d'un sinistre, pour lesquels la personne assurée paie directement le montant total conventionné au prestataire, à des tarifs inférieurs à ceux pratiqués dans le privé, sans aucune prise en charge de la MGEN ;
- z) **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 ;
- aa) **SERVICES MÉDICAUX NÉCESSAIRES** : biens, services ou soins médicaux approuvés par la MGEN à condition qu'ils soient :
  - a. nécessaires au traitement de toute maladie ou lésion causée par un accident de la personne assurée ;
  - b. adaptés au diagnostic établi ;
  - c. fournis avec un maximum d'efficacité en termes de coût et de la façon la plus adaptée ;
  - d. aux effets médicaux reconnus.
- bb) **PRÉAUTORISATION** : 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 ;
- cc) **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 ;
- dd) **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 ;
- ee) **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 santé ;
- ff) **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 ;
- gg) **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 ;
- hh) **CARTE DE SANTÉ** : carte personnelle et intransmissible qui identifie la personne assurée et lui permet de recevoir les soins de santé au sein du réseau de prestataires ;
- ii) **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 ;
- jj) **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 ;
- kk) **CONDITIONS GÉNÉRALES** : ensemble des clauses définissant et réglementant les obligations générales et communes relatives au contrat d'assurance ;
- ll) **CONDITIONS SPÉCIALES** : clauses qui complètent et précisent les conditions générales, dont l'application est généralisée à certaines couvertures lorsqu'elles sont souscrites ;
- mm) **CONDITIONS PARTICULIÈRES** : document dans lequel figurent les éléments spécifiques et individuels de chaque contrat, qui le distinguent de tous les autres et dont les dispositions prévalent sur les clauses des conditions générales et des conditions spéciales, en application des règles spécifiques et légales.

- nn) **AVENANT** : document par lequel une modification est introduite à la police ;
- oo) **DÉLAI DE CARENCE** : période durant laquelle les couvertures du contrat d'assurance ne s'appliquent pas, conformément aux dispositions du paragraphe 1 de l' art. 4. des présentes conditions générales, les personnes assurées bénéficiant cependant de l'accès au Réseau de prestataires ainsi que de l'application des prix conventionnés ;
- pp) **PRISE EN CHARGE** : pourcentage ou plafond des frais médicaux couverts par le présent contrat et pris en charge par la MGEN ;
- qq) **RESTE À CHARGE** : montant fixe ou pourcentage du montant pris en charge par la MGEN et qui reste à la charge de la personne assurée, dans les limites fixées par les conditions particulières et pour chacun des actes médicaux couverts à la suite d'une prestation conventionnée elle-même couverte par le contrat d'assurance, calculé après déduction de la franchise le cas échéant ;
- rr) **FRANCHISE** : montant forfaitaire ou pourcentage des frais médicaux à la charge de la personne assurée et n'étant pas obligatoirement sujets à un remboursement de la MGEN à des fins de calcul du montant du sinistre pris en charge dans les limites fixées par les Conditions particulières du contrat ;
- ss) **PRIME** : montant payé par le preneur d'assurance à la MGEN, en contrepartie des couvertures souscrites dans le contrat d'assurance ;
- tt) **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 ;
- uu) **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 ;
- vv) **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 ;
- ww) **CONSULTATION MÉDICALE PAR VISIOCONFÉRENCE** (également appelée visioconsultation) : consultation de médecine générale, familiale ou d'autre spécialité médicale, au travers d'outils de télémédecine permettant la transmission simultanée d'images et de son, le déroulement du rendez-vous en temps réel entre le médecin et la personne assurée, la sécurité et confidentialité des données, ainsi que la saisie informatique de ces actes ;
- xx) **ÉPISODE D'URGENCE** : ensemble d'actes médicaux pratiqués au sein du service des urgences hospitalières ou d'assistance permanente, en particulier examens médicaux, consultations de médecine générale et éventuelle évaluation par un médecin spécialiste ;
- yy) **SOINS DE SUITE** : soins de réadaptation fonctionnelle des patients souffrant de maladies chroniques ;
- zz) **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 ;
- aaa) **COEFFICIENT K** : unité de mesure servant à fixer la valeur des actes médicaux indiqués au Code de la nomenclature et de la valeur relative des actes médicaux et publiés par l'Ordre des Médecins ;
- bbb) **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 ;
- ccc) **MINEUR** : toute personne âgée de moins de 18 (dix-huit) ans ;
- ddd) **PETITE CHIRURGIE** : chirurgie réalisée en milieu hospitalier ou en ambulatoire et qui ne donne pas lieu au paiement d'un forfait journalier ;
- eee) **ACCOUCHEMENT** : acte médical relatif à la naissance du bébé.

## ARTICLE 2 - Objet du contrat et étendue des garanties

1. **Le présent contrat garantit le paiement des prestations conventionnées ou remboursables faisant suite à toute maladie ou tout accident**, conformément aux dispositions prévues dans les présentes conditions générales et 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 couvrir les frais en régime complémentaire, à condition de l'indiquer expressément dans les conditions particulières de la police.
3. La médecine en ligne et à domicile peut également être garantie conformément aux dispositions prévues dans les conditions spéciales, dans le passage qui leur est consacré, à condition d'être expressément incluses 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 conclure un contrat d'assurance toutes les personnes** qui ont accompli les formalités prévues par la MGEN, puis ont été **acceptées selon les critères de souscription en vigueur.** La proposition contractuelle est considérée acceptée par la MGEN après émission de la police. La carte d'adhérent est ensuite envoyée.
2. **Peuvent être considérées personnes assurées 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 personnes assurées** 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. Dans le cas des polices individuelles, l'inclusion du foyer est obligatoire.
5. **Selon les termes du paragraphe précédent, l'inclusion du foyer dans la police implique l'adhésion de tous ses membres, tels que décrits aux termes du point j) de l'article 1, excepté dans les situations indiquées ci-dessous, pour lesquelles l'inclusion est facultative :**
  - a) séjour à l'étranger d'une durée supérieure à 90 jours ;
  - b) couverture par une autre police d'assurance payée par l'employeur ;
  - c) couverture par un sous-système de santé (ADSE ou équivalent).
6. **L'ajout de membres du foyer** dans le contrat d'assurance **doit être faite à la date de sa signature ou de son renouvellement**. Cependant, les ajouts sont acceptés dans les 60 (soixante) 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 des 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 toute prestation conventionnée (sur le réseau) ou remboursable (hors réseau) pratiquée à la suite d'une maladie est de quatre-vingt-dix (90) jours, sous réserve des situations prévues ci-après ;**
  - b) **le délai de carence est prolongé jusqu'à 365 (trois cent soixante-cinq) 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 cholécystectomie, rhinoseptoplastie et septoplastie, amygdalectomie, adénoïdectomie et myringotomie, chirurgie arthroscopique ou arthrotomie, traitement chirurgical de hernies, varices, ronflements, apnée du sommeil, traitements du sommeil, traitements et interventions chirurgicales oculaires ;**
  - c) **le délai de carence est également élargi à 365 (trois cent soixante-cinq) jours en cas de maladies graves, maladie et accident préexistants, maladie chronique, maladie ou pathologie provoquée par une malformation congénitale, traitements résultant de l'infection par le virus HIV/SIDA, greffes d'organes et de tissus et leurs implications, pathologies hépatiques, traitements d'hémodialyse, soins de suite et soins palliatifs, maladies psychiatriques, maladies épidémiques officiellement déclarées, chirurgie et actes médicaux pour le traitement de l'obésité morbide et lésions causées par des catastrophes naturelles, actes de terrorisme ou de guerre.**
2. **Le délai de carence commence à courir à compter de la date d'effet de l'adhésion de chacune des personnes assurées**, sauf stipulation contraire ;
3. **Tout défaut de paiement ponctuel des primes d'assurance entraîne une prorogation de même durée du délai de carence ;**
4. 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 ;
5. Les délais de carence ne s'appliquent pas à la personne assurée, dans les situations visées aux points a) et b) du paragraphe 1, 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'un contrat d'assurance antérieur dans lequel se trouvaient déjà garanties les situations cliniques décrites au présent article, à condition qu'il s'agisse d'une police individuelle ou de groupe fermé et contributive pour la personne assurée et que le transfert ne résulte pas d'une exclusion de la personne assurée par l'assureur antérieur ;
  - 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 (quatre-vingt-dix) 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 un délai maximum de 30 (trente) jours
6. Les délais de carence ne s'appliquent pas à la personne assurée, dans les situations visées au point c) du paragraphe 1, dans les cas suivants :
  - a) maladies ou malformations congénitales, dans le cas de bébés nés pendant la durée du contrat et inclus dans la police dans un délai de 30 (trente) jours à compter de la date de naissance ;
  - b) infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral et thrombose, lorsqu'ils surviennent après le début des garanties et impliquent un traitement d'urgence en établissement hospitalier ;

- c) transfert d'une assurance antérieure dans laquelle se trouvaient déjà garanties les situations cliniques décrites au présent article, à condition qu'il s'agisse d'une police individuelle ou de groupe fermé et contributive pour la personne assurée et que le transfert ne résulte pas d'une exclusion de la personne assurée par l'assureur antérieur

7. **En cas de transfert d'une assurance antérieure**, la MGEN demandera les justificatifs suivants :

- i copie des conditions générales et particulières de l'assurance antérieure ;
- ii justificatif de paiement de la dernière fraction de prime ;
- iii attestation émise par l'assureur antérieur, indiquant le motif de l'annulation de la police ;
- iv autres documents spécifiques en fonction de la nature du risque.

#### 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 les troubles provoqués par la consommation abusive d'alcool, l'usage de stupéfiants et/ ou de narcotiques non prescrits médicalement ;
- 3 tous les actes médicaux et tous les médicaments liés au tabagisme ;
- 4 les frais de cures en maison de repos, maison de convalescence, station thermale, sanatorium, maison de retraite, résidences médicalement assistées, centres de cure de désintoxication (drogue, alcool et/ou tout autre dépendance à des produits chimiques) et autres établissements similaires ainsi que les soins qui y sont dispensés ;
- 5 les frais relatifs à des états de perte d'autonomie impliquant l'assistance de tiers, excepté dans les situations d'hospitalisation ou bien lorsque les soins sont réalisés par des prestataires conventionnés ;
- 6 les traitements non reconnus officiellement par l'Ordre des Médecins, ainsi que les médicaments non reconnus par Infarmed, 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 les frais de traitements contre l'infertilité et la procréation médicalement assistée, en ce compris consultations, examens médicaux, tests, méthodes de fécondation artificielle, de fécondation in vitro ou procédures de transfert d'embryons, ainsi que les conséquences de leur application ;
- 9 les 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 les soins infirmiers privés et/ou dispensés à domicile, ainsi que la réalisation à domicile de tous examens ou soins (y compris la rééducation) ;
- 11 les 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 ;
- 12 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 ;
- 13 les traitements de rajeunissement et/ou amaigrissement ;
- 14 les maladies professionnelles et accidents du travail, ainsi que les accidents et les maladies couverts par les assurances obligatoires ;
- 15 les accidents ou maladies survenus lors de la pratique de sports et d'activités dangereuses, tels que :
  - i) la participation à des compétitions sportives et entraînements avec des véhicules avec ou sans moteur ;
  - ii) la pratique de sports de neige, glace ou nautiques, notamment : surf, snowboard, chasse sous-marine, plongée, canoë, rafting et autres sports de dangerosité comparable ;
  - iii) la pratique d'autres activités dangereuses, notamment : lutte et boxe, arts martiaux, parachutisme, descente (cyclisme), enduro et cross-country, taoumachie, chasse, équitation, spéléologie, escalade, rappel, alpinisme, randonnée en montagne, saut à l'élastique, chute libre, parapente, deltaplane, vol en wingsuit ou sauts à partir de plateformes physiques ;
  - iv) l'utilisation de véhicules à moteur hors de la voie publique (voies de communication terrestre sur route non goudronnée).
- 16 la perpétration d'actes criminels, participation à des bagarres, sauf en cas de légitime défense du bénéficiaire ou d'un tiers ;
- 17 tous les frais au-delà du montant du plafond annuel ou du plafond de la garantie concernée ;
- 18 tous les frais sans justificatifs ou non justifiés par la facture/reçu original, copie certifiée conforme ou lorsque justifiés par des documents illisibles pour une demande de remboursement en ligne ;



- 19 les consultations ou examens médicaux destinés uniquement à l'émission d'attestations, déclarations, certificats ou information de tout type de document n'ayant pas de fins thérapeutiques ou d'assistance ;
- 20 les frais réalisés et/ou prescrits par un médecin se trouvant être conjoint, parent, enfant, frère ou sœur de la personne assurée ou par la personne assurée elle-même ;
- 21 les prestations d'action sociale ;
- 22 tous les frais découlant de fausses déclarations ou d'omissions du preneur d'assurance/personne assurée, dans la déclaration initiale du risque, conformément aux articles 9 et 10 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 et dans le bulletin d'adhésion, ainsi que sur les déclarations que la personne assurée et/ou le preneur d'assurance est tenu(e) 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, même lorsqu'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 à partir de zéro heure de la date de début indiquée dans les conditions particulières.

### ARTICLE 7 - Effets du contrat

1. 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.
2. Les sinistres dont le début survient au cours d'une année de contrat donnée, en conséquence d'une maladie ou d'un accident, produisent leurs effets dans le cadre des garanties et des limites établies dans les conditions particulières de la même année d'assurance, sans possibilité d'être garantis sur les années d'assurance suivantes.

### ARTICLE 8 - Consolidation du contrat

La consolidation du contrat intervient 30 (trente) 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 tout autre support durable préalable.

### 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 que la MGEN prenne connaissance de ces omissions ou inexactitudes devront lui être remboursés 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, 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 20 (vingt) jours après l'envoi de la proposition de modification par la MGEN, si le preneur d'assurance n'a pas répondu ou 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 - Ajout/Exclusion ou transfert de personne assurée

1. Sauf stipulation contraire, **tout ajout de personne assurée 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 (soixante) jours :**
  - a) embauche d'un **nouveau collaborateur** au sein de l'entreprise, ainsi que les membres de sa famille ;
  - b) admission d'un **nouveau participant** à un groupe fermé, ainsi que les membres de son foyer ;
  - c) **mariage** ;
  - d) **naissance ou adoption** d'un nouveau membre de la famille, à condition que le foyer soit déjà couvert par le contrat.
2. L'ouverture des droits pour **les personnes assurées ajoutées** au contrat après l'entrée en vigueur du contrat est **assortie des délais de carence prévus à l'article 4.**
3. Tout **changement de composition du foyer doit être communiqué à la MGEN dans un délai de 60 (soixante) jours à compter de sa survenance.**
4. Pendant la durée du contrat, **le preneur d'assurance peut demander** par écrit, sur papier ou sur tout autre support durable, **l'exclusion d'une personne assurée**, sans préjudice des conditions d'adhésion prévues à l'article 3.
5. Pendant la durée du **contrat d'un groupe fermé**, **le preneur d'assurance peut demander** par écrit, sur papier ou sur tout autre support durable, **l'exclusion de l'adhérent principal, en cas de rupture de la relation de travail ou associative.**
6. Dans les cas prévus aux paragraphes 4 et 5, la MGEN rembourse la prime correspondant à la période déjà payée et non écoulee, sauf lorsqu'il y a eu paiement de prestations découlant d'un sinistre.
7. **Lorsque l'adhérent cesse d'être lié au groupe fermé, il 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 un délai de 60 (soixante) jours à compter de la sortie du groupe assuré.**
8. **Lorsqu'un adhérent cesse d'être lié au groupe ouvert, il peut adhérer à l'un des plans individuels de la MGEN à la fin de l'année d'assurance de la police en vigueur.**

#### ARTICLE 12 - Rentrée du preneur d'assurance ou de la personne assurée

1. **La rentrée du preneur d'assurance ou de la personne assurée dans un plan de garanties est soumise à l'autorisation préalable et expresse de la MGEN.**
2. L'autorisation de rentrée est précédée d'une analyse détaillée des circonstances qui avaient motivé la sortie du contrat d'assurance, ainsi que de la justification de la demande de rentrée, auquel cas la MGEN peut demander tous documents qui s'avèrent nécessaires à une telle analyse.

### CHAPITRE III - DURÉE DU CONTRAT

#### ARTICLE 13 - Entrée en vigueur, durée et renouvellement du contrat

1. Le contrat d'assurance est signé pour une durée de 1 (un) an et il entre en vigueur à la date prévue dans les conditions particulières.
2. Le contrat est renouvelé chaque année pour une même durée et dans les conditions souscrites, sauf communication préalable de la MGEN sur support papier ou autre support durable disponible envoyée au moins 30 (trente) jours avant la date de renouvellement du contrat.
3. Si le preneur n'est pas d'accord sur les conditions de renouvellement, il peut dénoncer le contrat en adressant une communication à la MGEN au plus tard à la date de son renouvellement.
4. Aux termes et aux fins des dispositions du paragraphe précédent, l'absence de réponse jusqu'à la date de renouvellement du contrat vaut acceptation des nouvelles conditions ou maintien des conditions en vigueur, suivant le cas.
5. Dans le cas des contrats de groupe fermé, si les parties ne parviennent pas à un accord sur les conditions de renouvellement, la communication visée au paragraphe 2 qui précède vaut dénonciation du contrat d'assurance.
6. La MGEN ne peut pas proposer de conditions discriminatoires pour le renouvellement du contrat d'assurance.
7. 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.
8. Les demandes de modification de plan de couvertures doivent être adressées par écrit à la MGEN et justifier du motif de la demande de modification, au plus tard 60 (soixante) jours avant la date de renouvellement, et sont soumises à l'analyse et l'acceptation technique du risque.

**ARTICLE 14 - Dénonciation du contrat**

1. Le preneur d'assurance peut dénoncer librement le contrat d'assurance, moyennant communication écrite adressée à la MGEN au moins 30 (trente) jours avant la date de renouvellement.
2. 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. Le preneur d'assurance dispose d'un droit de rétractation de 30 (trente) jours à compter de la réception de la police, sans avoir à invoquer de motif légitime, 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 tout autre support durable, de toutes les informations importantes devant figurer dans la police.
3. La rétractation prévue ci-dessus doit être communiquée à la MGEN par écrit, sur support papier ou tout 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**

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.

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 ;

Constitue un motif légitime de la MGEN, notamment

- b) le défaut de paiement de la prime, conformément à l'article 21 ;
- c) l'escroquerie ou la tentative d'escroquerie par le preneur d'assurance et/ou la personne assurée ;
- d) l'omission ou l'inexactitude intentionnelle ou involontaire du preneur d'assurance/de la personne assurée dans la déclaration initiale du risque ;
- e) l'inexécution des obligations contractuelles du preneur d'assurance et/ou de 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 de cessation 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 du contrat d'assurance**

1. La cessation du contrat d'assurance entraîne l'extinction des obligations de l'assureur et du preneur d'assurance. Cependant, la MGEN reste tenue 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.
3. En cas de non-renouvellement du contrat ou de la couverture, les autorisations données et non encore utilisées expirent automatiquement au terme du contrat.

**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 annuelle correspondant 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 paiement, 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 ses fractions, en lui indiquant le montant à payer, le mode et le lieu de paiement.
5. En cas de fractionnement de la prime d'une durée inférieure ou égale au trimestre, aucun avis de paiement n'est envoyé.

#### ARTICLE 21 - Défaut de paiement de la prime

1. **Le défaut de paiement de la prime initiale ou de sa première fraction à la date d'échéance emporte résiliation d'office du contrat à compter de sa date de signature.**
2. **Le défaut de paiement de la prime d'une année suivante ou de sa première fraction à la date d'échéance rend impossible 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 ultérieure du risque.**

#### ARTICLE 22 - Révision de la prime

Compte tenu de la fréquence des actes médicaux pris en charge et de l'augmentation éventuelle des coûts moyens associés à la santé, les primes d'assurance peuvent être révisées, en fonction de l'équilibre technique et contractuel du groupe, chaque année, à la date de renouvellement du contrat, moyennant préavis envoyé au preneur d'assurance au moins 30 (trente) jours à l'avance.

### CHAPITRE V - DROITS ET OBLIGATIONS DES PARTIES

#### ARTICLE 23 - Obligations du preneur d'assurance et/ou des personnes assurées

1. **Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée s'engagent à fournir toutes informations sollicitées par l'assureur et/ou à en présenter la documentation support permettant la bonne gestion, la formation et la modification du contrat, notamment en cas de sinistres et de réclamations, et en particulier :**

**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 et vérifier que tous les actes médicaux nécessaires sont conventionnés ;**
- c) **payer au prestataire la partie des frais restant à sa charge, comme indiqué dans les conditions particulières ;**
- d) **en cas d'accident, la personne assurée s'engage à remplir la déclaration d'accident.**

**pour les prestations remboursables :**

- a) **en cas d'accident, la personne assurée s'engage à remplir la déclaration d'accident ;**
- b) **remplir la demande de remboursement et l'envoyer à la MGEN (formulaire disponible sur son site) ;**
- c) **demander une préautorisation à la MGEN pour réaliser les actes médicaux énoncés au paragraphe 3 du présent article, sans quoi aucun remboursement ne sera effectué au titre de ces actes ;**
- d) **présenter la prescription médicale des examens médicaux réalisés et des soins reçus, ainsi que des médicaments et des lunettes achetés ;**

- e) si les frais ont été engagés à l'étranger et s'ils sont couverts par le contrat, les factures originales payées devront obligatoirement être rédigées en portugais, en anglais, en français ou en espagnol ;
  - f) présenter, dans un délai maximum de 90 (quatre-vingt-dix) jours à compter de la date de réalisation de l'acte médical en question, les factures originales des frais payés, lesquelles doivent obligatoirement indiquer le nom du patient, les services fournis détaillés, la spécialité médicale et obéir aux normes légales, notamment en matière fiscale ;
  - g) le délai fixé au point précédent est porté à 180 (cent quatre-vingts) jours lorsque les frais ont été au préalable ou partiellement pris en charge par un autre assureur, dans le cadre du régime complémentaire ;
  - h) concernant les frais visés ci-dessus, la personne assurée s'engage à présenter la demande de prise en charge à l'autre sous-système ou assureur dans un premier temps. La MGEN rembourse la personne assurée après la prise en charge préalable de ce dernier ou sur copie certifiée conforme ;
  - i) si la personne assurée a déjà fait jouer auparavant ou en partie 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 auparavant mis en œuvre.
2. En plus des obligations précitées, le preneur d'assurance ou la personne assurée doit 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 il ou elle a fait appel ;
  - c) se soumettre aux examens pratiqués par les médecins désignés par la MGEN, lorsque ces derniers 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 « Étendue 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 aux prestataires du réseau conventionné et d'assistance médicale toutes les informations confidentielles, pertinentes et nécessaires à la poursuite du présent contrat d'assurance.
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 demanderait durant la procédure d'assistance à la personne assurée.

#### ARTICLE 24 - Remboursement

1. La MGEN s'engage à procéder avec diligence et promptitude à toutes les vérifications indispensables au bon règlement des sinistres.
2. Pour les prestations remboursables, la MGEN procède au paiement dans le délai de 15 (quinze) jours ouvrés à compter de la réception de la demande de remboursement dûment accompagnée des 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 contrat est valable au Portugal continental, ainsi que dans les Régions autonomes des Açores et de Madère.**
2. **Le 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 90 (quatre-vingt-dix) 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 précédent, le contrat peut également produire ses effets à l'étranger, selon ce qui aura été établi dans les conditions spéciales.**
4. **À défaut de prestataires conventionnés à l'étranger, le paiement des prestations d'assurance est effectué selon la modalité de remboursement.**

## 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 archivé durablement, 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 (trente) jours suivant la date où il se produit. À défaut, toutes les communications et notifications envoyées à l'ancienne adresse seront réputées valables.**
3. **Tout changement d'adresse électronique du preneur d'assurance doit être communiqué à la MGEN à la date du changement. 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

1. En vertu de la police, l'assureur est l'entité responsable de la collecte et du traitement des données personnelles de l'adhérent/personne assurée et des représentants du preneur d'assurance. L'identification du Délégué à la protection des données désigné par la MGEN est disponible sur [www.mgen.pt](http://www.mgen.pt) et son adresse électronique est la suivante : [protecaodedados@mgen.pt](mailto:protecaodedados@mgen.pt).
2. Ne seront collectées et traitées que les données strictement nécessaires à l'exécution de la police et de chaque adhésion individuelle, ainsi qu'à la gestion de la relation contractuelle avec le preneur d'assurance et l'adhérent/personne assurée, ce qui inclut, notamment, les données d'identification, coordonnées, données de santé et données professionnelles. La collecte et le traitement de ces données constituent une condition nécessaire à la conclusion de la police et à l'adhésion de l'adhérent/personne assurée. L'absence d'information ou la communication incomplète/incorrecte des données rend impossible la conclusion de la police.

3. La MGEN traite les données à caractère personnel aux fins suivantes
- a) analyse du risque par la MGEN avant acceptation de l'adhésion de l'adhérent (base juridique : étapes précontractuelles de l'acceptation de l'adhésion) ;
  - b) conclusion et gestion de la police et des adhésions individuelles (base juridique : exécution du contrat auquel est partie la personne concernée) ;
  - c) facturation et paiement (bases juridiques : exécution du contrat auquel la personne concernée est partie et poursuite des intérêts légitimes de la MGEN) ;
  - d) information sur les services et/ou produits de la MGEN (marketing), via tout moyen de communication, y compris électronique (base juridique : consentement de la personne concernée) ;
  - e) le cas échéant, enquêtes d'opinion pour évaluer la qualité du service de la MGEN (base juridique : consentement de la personne concernée) ;
  - f) statistiques, uniquement sur la base de données anonymisées (base juridique : poursuite des intérêts légitimes de la MGEN) ;
  - g) le cas échéant, enregistrement des éventuels appels téléphoniques passés dans le cadre de la relation contractuelle (base juridique : consentement de la personne concernée) ;
  - h) respect général des obligations légales ou réglementaires auxquelles est soumise la MGEN et poursuite des intérêts légitimes de la MGEN ou de tiers (base juridique : accomplissement d'une obligation légale et poursuite des intérêts légitimes de la MGEN).
4. Selon les termes juridiques applicables, la MGEN peut transmettre ou communiquer des données à caractère personnel à d'autres entités au cas où cette transmission ou communication s'avère nécessaire à l'exécution de la police, à des procédures précontractuelles, au cas où cette transmission ou communication est indispensable au respect d'une obligation légale ou réglementaire à laquelle la MGEN est soumise ou à des fins de poursuite des intérêts légitimes de la MGEN ou d'un tiers, conformément aux dispositions légales en vigueur. À la date d'établissement de la présente police, la MGEN transmet/communique des données aux catégories de destinataires suivantes : établissements de crédit et sociétés financières, intermédiaires d'assurance, autres assureurs, réassureurs, autorités fiscales et douanières, Autorité de Supervision des Assurances et Fonds de Pension, autres autorités de régulation et de supervision, tribunaux, organismes publics et sous-traitants de la MGEN en charge du traitement de données à caractère personnel au nom et pour le compte de celle-ci.
5. La MGEN ne transfère pas de données à caractère personnel à des pays tiers ou à des organisations internationales extérieures à l'Espace économique européen.
6. L'adhérent/personne assurée a le droit de demander à la MGEN des informations plus détaillées sur les destinataires ou les catégories de destinataires de ses données personnelles.
7. Sans préjudice d'une obligation légale ou réglementaire applicable à la MGEN et exigeant la conservation pendant une période plus longue, les données à caractère personnel sont conservées par la MGEN conformément aux dispositions suivantes : les données à caractère personnel collectées à des fins d'analyse du risque, de conclusion de la police/adhésion, de facturation, d'encaissement et, d'une manière générale, de gestion de la police, sont conservées pendant toute la durée de la police pour chaque adhésion et jusqu'à 10 ans après sa résiliation. Les données à caractère personnel collectées à des fins de marketing et d'enquêtes d'opinion sont conservées jusqu'au retrait du consentement de la personne concernée. Les données concernant l'enregistrement des appels téléphoniques sont conservées pendant 7 ans à compter de la fin de la relation contractuelle.
8. Concernant l'analyse des risques, les conditions de la police et les adhésions, la MGEN peut utiliser des mécanismes décisionnels basés sur des traitements automatisés. L'adhérent/personne assurée a le droit de s'opposer aux décisions prises, lorsqu'elles ont des effets juridiques ou l'affectent de manière significative, en exposant son point de vue et en demandant le réexamen de la décision automatisée via une demande écrite à l'assureur à cette adresse : [protecaodedados@mgen.pt](mailto:protecaodedados@mgen.pt).
9. Sont garantis aux personnes concernées les droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité, ainsi que le droit d'opposition et de limitation du traitement de leurs données, dans les conditions légalement applicables ; ces derniers devant en informer l'assureur par écrit, à l'adresse suivante : [protecaodedados@mgen.pt](mailto:protecaodedados@mgen.pt) ou par voie postale : **Rua Castilho, n.º 39, 12.º H, 1250-068 Lisboa**. Les personnes concernées ont également le droit d'introduire des réclamations concernant le traitement de leurs données auprès de la Commission nationale de la protection des données.
10. Dans les cas où le traitement des données est effectué uniquement sur la base du consentement de l'adhérent/personne assurée, ce dernier a le droit de retirer son consentement à tout moment. Néanmoins, le retrait du consentement ne compromet pas la légalité du traitement appliqué sur la base du consentement précédemment donné par la personne concernée. L'adhérent/personne assurée a également le droit de s'opposer, à tout moment, au traitement de ses données à des fins de marketing direct.
11. La Politique de confidentialité et de protection des données de la MGEN est disponible sur le site : [www.mgen.pt/privacidade](http://www.mgen.pt/privacidade).

**ARTICLE 32 - Législation applicable et attribution de compétence**

1. Tout litige entre les parties sera réglé conformément à la loi portugaise, étant admis le recours à l'arbitrage, ainsi qu'aux 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<sup>er</sup> - 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, ainsi que tous médicaments utilisés lors du traitement de la maladie oncologique, même lorsque ces derniers ne sont pas exclusivement chimiothérapeutiques ;
  - d) chirurgie dentaire ou maxillo-faciale si elle fait suite à une tumeur, à une maladie grave ou à un accident 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 intra-chirurgicales ;
  - j) chirurgie ou traitements réfractifs de la myopie, de l'astigmatisme et de l'hypermétropie lorsque les dioptries sont égales ou supérieures à 4 pour chaque œil, indépendamment de l'existence d'une hospitalisation ;
  - k) soins de suite ou palliatifs ;
  - l) situations d'hospitalisation motivée par des troubles d'ordre psychique ;
  - m) chirurgie motivée par une obésité morbide ;
  - n) greffe d'organes ou de tissus et ses implications ;
  - o) rétablissement de la personne assurée en cas de lésion provoquée par suite d'actes de terrorisme ou de guerre, déclarée ou non ;
  - p) maladies ou accidents faisant suite à une calamité naturelle, environnementale ou climatique ;
  - q) accouchement conformément à l'art. 6 des présentes conditions spéciales ;
  - r) utilisation de moyens robotiques chirurgicaux à la suite d'une maladie grave ou lorsque cela est médicalement justifié ;
  - s) 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.) ;
  - t) transport terrestre en ambulance depuis et jusqu'à l'établissement hospitalier, à condition que l'état de la personne assurée le justifie.
2. **Les frais médicaux visés aux points k) à p) ne sont pris en charge qu'à concurrence de 10 % du capital d'hospitalisation indiqué dans les conditions particulières du contrat.**
3. **Les frais médicaux visés au point r) ne sont pris en charge qu'à concurrence de 1 500 € (mille cinq cents euros) par sinistre**
4. **Le paiement des frais de petite chirurgie est garanti par la présente condition spéciale même si elle a lieu en milieu non hospitalier ou si l'hospitalisation dure moins de 24 heures.**
5. **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 de la valeur relative des actes médicaux ou équivalent.**



6. Dans les hôpitaux adhérents, lorsqu'une caution est demandée à l'assuré dans les cas d'hospitalisation faisant suite à un épisode d'urgence, la MGEN garantira le montant de la caution, sans préjudice de son droit de recours contre l'assuré, s'il s'avère que le sinistre n'est pas couvert par les conditions du contrat d'assurance.
7. Les frais d'accompagnants ne sont pas pris en charge, sauf en cas d'hospitalisation d'enfants mineurs. Sont néanmoins exclus de ce dernier cas les frais de repas qui sont à la charge de l'accompagnant.
8. Les frais de confort personnel, tels que téléphone, location d'une télévision, etc., ne sont pas pris en charge.
9. 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 médicaux nécessaires indiqués ci-dessous, ne requérant pas de moyens ni de services spécifiques à un environnement hospitalier, même s'ils y sont réalisés, notamment :**
  - a. honoraires des médecins généralistes ainsi que des autres spécialités médicales, y compris des consultations des voyageurs, pour autant qu'elles soient reconnues par l'Ordre des Médecins ;
  - b. soins ambulatoires prescrits par le médecin, pour autant qu'ils soient reconnus par l'Ordre des Médecins ;
  - c. examens médicaux prescrits par le médecin ;
  - d. traitements de médecine physique et de réadaptation, lorsqu'ils sont prescrits par le médecin et réalisés par un spécialiste légalement habilité ;
  - e. kinésithérapie prescrite par le médecin ;
  - f. ozonothérapie prescrite par le médecin ;
  - g. honoraires des consultations de psychologie, par des professionnels inscrits à l'Ordre des Psychologues ;
  - h. traitements de psychothérapie prescrits par le médecin ;
  - i. infirmière non particulière, à l'exception des soins à domicile ;
  - j. transport terrestre en ambulance depuis et jusqu'à l'établissement hospitalier au Portugal, à condition que l'état de la personne assurée le justifie ;
  - k. transport jusqu'à un établissement hospitalier à l'étranger ;
  - l. médecines alternatives, précisément : acuponcture, homéopathie, ostéopathie, naturopathie et chiropraxie, pratiquées par des médecins ou des prestataires d'autonomie déontologique reconnue ;
  - m. 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 au sein du réseau de prestataires Bien-être. La personne assurée prend en charge le montant total des honoraires conventionnés dans ce réseau, puis elle demande leur remboursement à la MGEN jusqu'à un maximum de 25,00 € (vingt-cinq euros), dans la limite des plafonds fixés dans les conditions particulières.
3. **Les honoraires médicaux 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 de valeur relative des actes médicaux ou équivalent.**
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, ainsi que les frais découlant d'une chirurgie ambulatoire, ne sont pas pris en charge dans cette couverture.**

#### ARTICLE 3 - Soins dentaires

1. La présente condition spéciale **garantit**, 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 cliniques ou examens médicaux, à condition qu'ils soient prescrits par des médecins stomatologues, en médecine dentaire ou maxillo-faciale ;
  - e) détartrages, hormis les dépenses liées à un blanchiment dentaire, application de bicarbonate, application topique de fluor, élimination de pigments et scellement de sillons ;
  - f) orthodontie ;
  - g) acquisition de prothèses dentaires ;
  - h) 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**, 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 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, soutiens-gorge, perruques, protège-poignets, genouillères, coudières, appuis-bras, appareils d'aérosol, tampons auditifs, semelles et chaussures, ni autres frais assimilés, même lorsque ces derniers sont prescrits par un médecin.**
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 Infarmed et prescrits par un médecin pour le traitement exclusif de la personne assurée en ce qui concerne des maladies manifestes** et la protection contre ces maladies
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 est nécessaire de présenter la prescription et le compte rendu médical qui justifient 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 ;
  - f) forfait journalier du nouveau-né, pendant l'hospitalisation de la parturiente ;
  - g) soins intensifs de néonatalogie ;
  - h) transport terrestre en ambulance jusqu'à l'établissement hospitalier au Portugal
2. Dans le cas d'un accouchement à domicile, la présente condition spéciale garantit, à hauteur des plafonds fixés dans les conditions particulières, le paiement des honoraires médicaux et de soins infirmiers y afférents

- 3 Les honoraires médicaux 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 de valeur relative des actes médicaux ou équivalent.
- 4 Les frais d'accompagnants, ou tout autre frais de nature particulière, ne sont pas pris en charge.
- 5 Seuls sont garantis, dans le cadre de la présente condition spéciale, l'accouchement et l'interruption volontaire de grossesse dont la date de début de gestation est médicalement attestée comme postérieure à la date d'inclusion de la personne assurée dans la police.

#### ARTICLE 7 - Accès au réseau bien-être

- 1 Lorsque cette couverture est prévue dans les conditions particulières, la MGEN garantit l'accès au réseau Bien-être dans les conditions établies et pré-conventionnées avec le prestataire du réseau conventionné, 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 du réseau Bien-être et paie les honoraires conventionnés

#### ARTICLE 8 - Accès au réseau HNA Espagne

- 1 Lorsque cette couverture est prévue dans les conditions particulières du contrat, 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 la préautorisation du réseau HNA ou de la MGEN.
- d) En ce qui concerne la condition spéciale « Hospitalisation », la présente étendue 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 paragraphe précédent, la prise en charge des frais couverts par la présente clause particulière exige 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 ;

- 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.**
2. Cependant, **il faut un compte rendu médical** qui justifie leur utilisation **dans les circonstances mentionnées ci-après**, en cas de maladie confirmée :
  - a) **dermatologie ou chirurgie vasculaire, à partir de la 3<sup>ème</sup> consultation.**
  - b) **psychiatrie, à partir de la 6<sup>ème</sup> consultation individuelle ou de la 12<sup>ème</sup> en groupe.**
3. 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

1. **Le nombre de séances de soins médicaux n'est soumis à aucune limite.**
2. **Un compte rendu médical** justifiant la poursuite du traitement est exigé **à partir de 12 séances par année d'assurance** dans les situations suivantes :
  - a) psychothérapie ;
  - b) orthophonie ;
  - c) autres modalités de médecine physique et de réadaptation, notamment kinésithérapie, dans le cas de prestations remboursables.

#### ARTICLE 11 - Check-up

1. Lorsqu'elle est prévue dans les conditions particulières, cette couverture **garantit la réalisation d'un check-up bisannuel.**
- 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 = SPA (RIA/EIA)=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 conventionnés au sein de ce réseau.
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) accès à un médecin coordinateur (Case Manager) qui accompagne la personne assurée durant toute la procédure, la conseille ainsi que sa famille pour remplir le formulaire d'inscription, identifier les examens à joindre au dossier, formuler les questions à poser au spécialiste, ainsi que recueillir les informations pertinentes pour le dossier ;
  - c) accompagnement, par le médecin coordinateur (Case Manager) avant et après l'envoi du rapport de deuxième avis médical ;
  - d) recueil de toute l'information médicale nécessaire ;
  - e) 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 ;
  - f) envoi du rapport de deuxième avis médical à l'adresse de la personne assurée ;
  - g) 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. Par ailleurs, si la personne assurée déciderait de se déplacer en territoire national ou bien à l'étranger, pour effectuer un traitement, la présente couverture garantit les services d'assistance suivants :
  - a) sélection de médecins spécialistes et d'hôpitaux de référence ;
  - b) assistance en cas de déplacement de la personne assurée ;
  - c) aide à la prise de rendez-vous avec les médecins et lors des procédures d'admission dans les hôpitaux internationaux ;
  - d) obtention de devis, frais d'hospitalisation estimés et possibles réductions.
4. Pour utiliser cette couverture, l'assuré doit contacter la ligne d'assistance aux adhérents par téléphone au 211155860 ou sur la page [www.mgen.pt/ajuda](http://www.mgen.pt/ajuda).
5. Pour une bonne utilisation de cette couverture, l'assuré doit 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.
6. **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 1er 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.**
7. **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 ou entités de l'information contenue dans la réponse à la demande de deuxième avis médical international. Sont donc exclus tous dommages et 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, dans les conditions établies et conventionnées avec le réseau de prestataires. La personne assurée a accès aux soins dentaires contre paiement d'un reste à charge spécifique.

2. Prestations garanties sur le réseau de prévention dentaire :
- a) première consultation de médecine dentaire ;
  - b) consultation de médecine dentaire ;
  - 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 ;
  - 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 au sein du réseau.**

4. **Sauf stipulation contraire et sans préjudice des exclusions prévues dans les conditions générales, sont également exclus de cette garantie les frais suivants :**

- i. **tous les frais d'utilisation de matériaux précieux ;**
- ii. **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. Cette couverture garantit à la personne assurée **l'accès à un ensemble de services de médecine en ligne et à domicile, tous les jours de l'année et 24h/24, au Portugal continental, ainsi que dans les Régions autonomes des Açores et de Madère.**

Cette condition spéciale est **garantie en régime de prestations conventionnées au sein du réseau, selon les plafonds fixés par les conditions particulières, et pour autant que les services soient requis par la personne assurée à la MGEN, au numéro de téléphone suivant : 211 155 860.**

**a) Consultation médicale par téléphone :**

Cette couverture garantit à la personne assurée l'accès à des consultations par téléphone, avec un médecin spécialisé en médecine générale et familiale.

**b) Consultation médicale par visioconférence :**

**Cette couverture garantit à la personne assurée la réalisation de consultations par visioconférence avec un médecin spécialisé en médecine générale et familiale.** Un lien permettant d'établir le contact par visioconférence avec le médecin est envoyé par email avant le début de la consultation.

**c) Consultation médicale à domicile :**

**Cette couverture garantit la réalisation de consultations au domicile où se trouve la personne assurée.** Si lors de la consultation à domicile le médecin considère qu'il s'agit d'une situation urgente, la présente couverture garantit l'organisation du transport de la personne assurée en ambulance. Les frais de transport seront pris en charge par la personne assurée.

**d) Envoi et livraison de médicaments :**

Cette couverture garantit l'envoi et la livraison de médicaments au domicile où se trouve la personne assurée. Ce service est disponible au Portugal continental, jusqu'à 23h le jour même ou bien le lendemain, excepté le dimanche. Les frais des médicaments sont pris en charge par la MGEN en régime de remboursement, pour autant que la couverture Médicaments soit souscrite et expressément indiquée dans les conditions particulières.

**e) Consultation médicale via l'application KNOK / MGEN :**

Cette couverture garantit à la personne assurée l'accès à des consultations médicales par visioconférence, requis exclusivement via l'application mobile KNOK, que la personne assurée doit installer sur son téléphone portable ou sa tablette via *Apple Store* ou *Google Play Store*. Les services garantis par cette couverture sont disponibles tous les jours de l'année, entre 8h et 24h.

Après installation, la personne assurée doit suivre les instructions de l'application, notamment :

- i. compléter la préinscription de l'utilisateur, en fournissant les données demandées ;
- ii. fournir des informations exactes quant à sa maladie ou éventuels symptômes observés ;
- iii. lorsque les conditions particulières prévoient un reste à charge, la personne assurée doit disposer d'un moyen de paiement en ligne valide.

2. **La présente condition spéciale ne se destine en aucun cas à des situations d'urgence.** L'équipe médicale responsable est disponible pour conseiller la personne assurée en cas de problèmes de santé légers ou modérés et peut, si nécessaire, prescrire et fournir des explications concernant des médicaments et/ou examens. En cas d'urgence, la personne assurée doit contacter le service INEM en téléphonant au 112.
3. Lorsque la personne assurée a moins de dix-huit ans, les services doivent être requis par son responsable légal.
4. Si le médecin considère qu'il ne dispose pas des informations suffisantes pour émettre un avis motivé, il peut orienter la personne assurée vers le service médical approprié.
5. **Dans le cadre de la présente condition spéciale, la MGEN ne peut être tenue responsable des diagnostics réalisés par les médecins.**

**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 au sein du 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](http://www.mgen.pt), **en conséquence d'une maladie ou d'un accident survenu(e) pendant la durée du contrat.**
2. L'accès à **un ensemble d'actes médicaux pratiqués par un ophtalmologue** est garanti, pour un montant maximum conventionné de 35,00 € (trente-cinq euros), 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. À cet effet, la personne assurée ne paie au prestataire choisi au sein du réseau que le montant à sa charge, comme indiqué sur le tableau des prises en charge d'ophtalmologue disponible, la différence étant 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.