

mgen[★]

GRUPE vyv

L'ASSURANCE
SANTÉ
SOLIDAIRE
QUI PROTÈGE
LA SANTÉ DE
TOUS.

CONDITIONS GÉNÉRALES ET SPÉCIALES

2024

Ligne adhérent 211 155 860 | [mgen.pt](https://www.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 Square Max Hymans, 75748 Paris 15^e

CONDITIONS GÉNÉRALES.....	3
PRÉAMBULE.....	3
CHAPITRE I – Définitions, objet, garanties et exclusions	3
ARTICLE 1 ^{er} – Définitions.....	3
ARTICLE 2 – Objet du contrat et étendue des garanties	5
ARTICLE 3 – Conditions d'adhésion	5
ARTICLE 4 – Délai de carence et entrée en vigueur des garanties	6
ARTICLE 5 – Exclusions.....	7
CHAPITRE II – Formation du contrat et ses modifications	8
ARTICLE 6 – Formation du contrat.....	8
ARTICLE 7 – Effets du contrat.....	8
ARTICLE 8 – Consolidation du contrat.....	8
ARTICLE 9 – Omissions ou inexactitudes intentionnelles du preneur d'assurance et/ou de la personne assurée dans la déclaration initiale du risque	8
ARTICLE 10 – Omissions ou inexactitudes involontaires du preneur d'assurance et/ou de la personne assurée dans la déclaration initiale du risque	8
ARTICLE 11 – Ajout/Exclusion ou transfert de personne assurée.....	8
ARTICLE 12 – Rentrée du preneur d'assurance ou de la personne assurée	9
CHAPITRE III – Durée du contrat	9
ARTICLE 13 – Entrée en vigueur, durée et renouvellement du contrat.....	9
ARTICLE 14 – Dénonciation du contrat	9
ARTICLE 15 – Rétractation.....	10
ARTICLE 16 – Résiliation du contrat pour motif légitime.....	10
ARTICLE 17 – Cessation des garanties vis-à-vis des personnes assurées.....	10
ARTICLE 18 – Effets de la cessation du contrat.....	10
CHAPITRE IV – Montant assuré et prime	10
ARTICLE 19 – Montant assuré.....	10
ARTICLE 20 – Paiement de la prime	11
ARTICLE 21 – Défaut de paiement de la prime.....	11
ARTICLE 22 – Révision de la prime.....	11
CHAPITRE V – Droits et obligations des parties.....	11
ARTICLE 23 – Obligations du preneur d'assurance et/ou des personnes assurées.....	11
ARTICLE 24 – Remboursement	12
CHAPITRE VI – Dispositions finales.....	12
ARTICLE 25 – Complémentarité.....	12
ARTICLE 26 – Étendue territoriale.....	12
ARTICLE 27 – Communications et notifications entre les parties.....	13
ARTICLE 28 – Prescription	13
ARTICLE 29 – Subrogation.....	13
ARTICLE 30 – Protection des données	13
ARTICLE 31 – Gestion des réclamations.....	14
ARTICLE 32 – Législation applicable et attribution de juridiction	14
CONDITIONS SPÉCIALES	15
ARTICLE 1 ^{er} – Hospitalisation.....	15
ARTICLE 2 – Soins ambulatoires	16
ARTICLE 3 – Soins dentaires.....	17
ARTICLE 4 – Prothèses et orthèses.....	17
ARTICLE 5 – Médicaments.....	17
ARTICLE 6 – Accouchement	17
ARTICLE 7 – Accès au réseau Bien-être	18
ARTICLE 8 – Accès au réseau HNA Espagne.....	18
ARTICLE 9 – Bilan de santé	19
ARTICLE 10 – Deuxième avis médical international	20
ARTICLE 11 – Accès au réseau de prévention dentaire	20
ARTICLE 12 – Télémédecine et médecine à domicile.....	21
ARTICLE 13 – Réseau médical international Maladies graves.....	22

CONDITIONS GÉNÉRALES

PRÉAMBULE

La 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 3 Square Max Hymans, 75748 Paris 15^e, ci-après dénommée simplement MGEN, autorisée à exercer son activité au Portugal par l'Autorité de supervision des assurances et des fonds de pensions, en vertu du régime de Libre prestation de services sous le code n° 4608, dans la branche Santé (vérifiable sur www.asf.com.pt), et représentée par MGEN Distribuição de Seguros, S.A., personne morale n° 508 840 210, sise au Portugal, à Lisbonne, Rua Duque de Palmela, n.º 11 – R/C, 1250-097 Lisboa, établit le présent contrat d'assurance santé qui sera régi par les conditions générales, spéciales et particulières qui font partie de la police, conformément aux déclarations figurant sur la demande d'adhésion et autres documents qui lui auront servi de base et dont il fait partie intégrante.

L'ACPR – Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au n° 61 de la rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de l'activité de la MGEN.

CHAPITRE I – DEFINITIONS, OBJET, GARANTIES ET EXCLUSIONS

ARTICLE 1^{er} – Définitions

Aux fins du présent contrat d'assurance, on entend par :

- a) ACCIDENT / MALADIE PRÉEXISTANT(E) : effets de tous accidents survenus ou de toutes maladies apparues avant la date de souscription du contrat et que la personne assurée présente encore à la date de son entrée en vigueur ;
- b) 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 ;
- c) ADHÉRENT : personne physique, identifiée aux conditions particulières du contrat, qui y adhère à titre principal ;
- d) FOYER : sont considérées membres du foyer les personnes en communauté de vie, partageant le vivre et le couvert, ayant établi entre elles une cohabitation basée sur l'entraide et le partage de ressources, ayant avec l'adhérent principal les liens familiaux suivants : conjoint ou concubin de l'adhérent, parents ou alliés majeurs en ligne directe (par exemple : enfants, petits-enfants, arrière-petits-enfants, parents, grands-parents, arrière-grands-parents) ou en ligne collatérale jusqu'au 3^e 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 compétents à cet effet en vertu de la loi, adoptés ou sous tutelle de l'adhérent principal ou de tout autre membre du foyer. Il est considéré que la situation de communauté de vie demeure lorsque le titulaire ou bien l'un des membres du foyer s'absente pour une durée inférieure ou égale à 30 jours, ou bien pour une durée supérieure à 30 jours, lorsque le déplacement est motivé par une maladie, une formation universitaire ou professionnelle ou un déplacement professionnel.
- e) POLICE : document qui régit le contrat signé entre le preneur d'assurance et la MGEN et dont font partie intégrante les conditions générales, spéciales et particulières, ainsi que les avenants qui seraient conclus pendant la durée dudit contrat ;
- f) AVENANT : document par lequel une modification est introduite au contrat ;
- g) 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 ;
- h) BÉNÉFICIAIRE : personne physique, adhérent ou membre de son foyer, identifiée aux conditions particulières du contrat et ayant droit aux prestations qui y sont prévues ;
- i) 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 ;
- j) CLINIQUE : établissement autorisé par la loi où sont assurés des soins médicaux, même en permanence, par des médecins et des infirmiers ou d'autres professionnels de santé. Ne sont pas considérés comme tels, aux fins de ce contrat, les sanatoriums, maisons de repos, centres de désintoxication (drogue et alcoolisme), stations thermales et autres établissements similaires ;
- k) 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 publiés par l'Ordre des médecins ;
- l) PRISE EN CHARGE : pourcentage ou plafond de frais médicaux couverts par ce contrat à la charge de la MGEN ;
- m) CONDITIONS SPÉCIALES : clauses qui complètent et précisent les conditions générales, dont l'application est généralisée à certaines couvertures lorsqu'elles sont souscrites ;
- n) CONDITIONS GÉNÉRALES : ensemble des clauses définissant et réglementant les obligations générales et communes relatives au contrat ;
- o) CONDITIONS PARTICULIÈRES : document sur 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 dudit contrat, en vertu des règles de la spécialité et de la loi ;
- p) 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 ;

- q) SERVICE D'ASSISTANCE PERMANENTE : service d'urgence hospitalière limité à une consultation de médecine générale et familiale et à des examens de diagnostic de base, qui n'incluent ni le scanner, ni l'IRM ;
- r) ÉPISODE D'URGENCE : ensemble d'actes médicaux pratiqués aux urgences hospitalières ou en service d'assistance permanente, en particulier examens médicaux, consultations de médecine générale et éventuelle évaluation par un médecin spécialiste ;
- s) CONSULTATION MÉDICALE PAR VISIOCONFÉRENCE (également appelée visioconsultation) : consultation de médecine générale, familiale ou de toute autre spécialité médicale réalisée à l'aide d'outils de télémedecine permettant la transmission simultanée d'images et de son, le déroulement du rendez-vous par conférence en temps réel entre le médecin et la personne assurée, la sécurité et confidentialité des données, ainsi que l'enregistrement informatique de ces actes ;
- t) CONTRAT D'ASSURANCE : contrat par lequel la MGEN couvre certains risques et s'engage à verser les indemnisations 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 ;
- u) RESTE À CHARGE : montant forfaitaire ou pourcentage du montant pris en charge par la MGEN 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 ;
- v) SOINS DE SUITE : soins de réadaptation fonctionnelle des patients souffrant de maladies chroniques ;
- w) 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 ;
- x) FRAIS MÉDICAUX : frais engagés à la suite d'un sinistre par la personne assurée pour l'acquisition de services médicaux nécessaires, à condition qu'ils soient prescrits ou dispensés par un médecin ;
- y) 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 ;
- z) MALADIE CHRONIQUE : maladie qui présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : est permanente, entraîne un(e) incapacité/handicap résiduel, est causée par des altérations pathologiques irréversibles, exige une rééducation spéciale du patient ou peut exiger de longues périodes de supervision, d'observation ou de soins ;
- aa) MALADIE GRAVE : maladie oncologique, y compris les cas de soupçons ou de pré-malignité, maladie neurologique et du système nerveux central, maladie cardiaque, maladie de Parkinson et maladie d'Alzheimer ;
- bb) MALADIE DÉCLARÉE : maladie révélée et faisant l'objet d'un diagnostic clair et/ou donnant lieu au traitement correspondant ou dont les signes et les symptômes ne pouvaient être ignorés de la personne assurée ;
- cc) MALADIE SOUDAINE : toute maladie demandant un traitement d'urgence à l'hôpital, que ce soit avec hospitalisation ou en ambulatoire ;
- dd) MALADIE : toute altération involontaire de l'état de santé, non causée par un accident et susceptible d'être objectivement constatée par un médecin ;
- ee) FRANCHISE : montant forfaitaire ou pourcentage des frais médicaux à la charge de la personne assurée, non obligatoirement soumis à un remboursement de la MGEN aux fins de calcul du montant du sinistre pris en charge dans les limites fixées par les conditions particulières du contrat ;
- ff) GROUPE OUVERT : groupe de personnes auquel l'adhésion est facultative, qui sont régulièrement liées à une personne morale ayant signé un protocole avec la MGEN, lequel est mis en œuvre par la signature de contrats individuels ;
- gg) GROUPE FERMÉ : groupe de personnes établi à l'avance, qui sont régulièrement liées à une personne morale qui est le preneur d'assurance, auquel l'adhésion est obligatoire ;
- hh) HÔPITAL : aux fins de ce contrat, est considéré comme un hôpital tout établissement reconnu en tant que tel par l'autorité administrative compétente, où sont assurés des services de santé en permanence, exception faite des sanatoriums, maisons de repos, centres de désintoxication (drogue et alcoolisme), stations thermales et autres établissements similaires ;
- ii) HOSPITALISATION : séjour de la personne assurée dans un hôpital pendant une durée supérieure ou égale à 24 heures et entraînant le paiement d'un ou plusieurs forfaits journaliers ;
- jj) MÉDECIN : professionnel diplômé d'une faculté de médecine ou de médecine dentaire, autorisé par la loi à exercer le métier dans son pays, dont la spécialité et l'inscription sont reconnues par l'Ordre des médecins, l'Ordre des chirurgiens-dentistes ou par tous organismes homologues du pays où il exerce son activité ;
- kk) MINEUR : toute personne âgée de moins de 18 (dix-huit) ans ;
- ll) ACCOUCHEMENT : tous actes médicaux en rapport avec une naissance et le post-partum ;
- mm) PETITE CHIRURGIE : chirurgie qui, cumulativement, ne nécessite aucun bloc opératoire pour être réalisée, est réalisée sous anesthésie locale et ne nécessite aucun soin spécial de réveil ;
- nn) DÉLAI DE CARENCE : période durant laquelle les couvertures du contrat ne s'appliquent pas. Cependant, les personnes assurées ont accès au réseau de prestataires à des tarifs conventionnés ;
- oo) PERSONNE ASSURÉE : personne physique identifiée aux conditions particulières du contrat, dont la santé ou l'intégrité physique est assurée par le contrat ;
- pp) PRÉAUTORISATION : autorisation donnée par les services médicaux de la MGEN, si le contrat l'exige, permettant aux personnes assurées de recevoir les soins de santé couverts par le contrat ;
- qq) PRIME : montant payé par le preneur d'assurance à la MGEN en contrepartie des couvertures souscrites dans le cadre du contrat ;
- rr) PRESTATIONS CONVENTIONNÉES : frais médicaux engagés par la personne assurée à la suite d'un sinistre donné au sein du réseau de prestataires, lorsque l'acte en question est conventionné. La prise en charge de la MGEN est versée directement auxdits prestataires ;
- ss) PRESTATIONS D'ACCÈS AU RÉSEAU CONVENTIONNÉ : frais médicaux engagés par la personne assurée à la suite d'un sinistre donné,

- dont la personne assurée paie directement à chaque prestataire la totalité du montant conventionné par la MGEN, à des tarifs inférieurs à ceux pratiqués dans le privé, sans aucune prise en charge de la MGEN ;
- tt) PRESTATIONS REMBOURSABLES : frais médicaux engagés par la personne assurée à la suite d'un sinistre donné, lorsque l'acte en question n'a pas été conventionné au préalable avec le prestataire de santé, lesquels sont réglés directement par la personne assurée au prestataire et lui sont remboursés par la MGEN selon la prise en charge fixée aux conditions particulières du contrat ;
- uu) PRESTATAIRE DU RÉSEAU CONVENTIONNÉ : entreprise prestataire de services et gestionnaire de sinistres qui, pour le compte de la MGEN, organise le réseau de prestataires, procède à la gestion des prestations prévues au contrat et peut articuler le paiement direct des frais médicaux aux prestataires conventionnés, tels que médecins, hôpitaux et centres de diagnostic, ainsi qu'aux personnes assurées ;
- vv) PRESTATAIRE SANTÉ D'ASSISTANCE MÉDICALE : service d'assistance qui organise et fournit pour le compte de la MGEN, sous forme de prestations conventionnées et en faveur des personnes assurées, la prestation des services d'assistance médicale nationale prévus aux conditions spéciales du contrat ;
- ww) 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 à la personne assurée les services couverts par le contrat dans le cadre des prestations conventionnées ;
- xx) RÉGIME COMPLÉMENTAIRE : étendue des garanties d'un contrat où, lorsque cela est formellement indiqué aux conditions particulières de ce dernier, les prestations remboursables y afférentes sont expressément limitées au complément des prestations prises en charge par tout autre sous-système de santé (ADSE ou assimilé) ou par le Service national de santé pour ce qui concerne la garantie spéciale Médicaments ;
- yy) ASSUREUR : la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale est 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 ;
- zz) ASSURANCE ANTÉRIEURE : contrat d'assurance d'une durée d'au moins 1 (un) an, signé par la personne assurée ou le preneur d'assurance avec un assureur autre que la MGEN.
- Afin de considérer l'assurance antérieure, l'adhésion à la MGEN doit intervenir dans les 60 (soixante) jours qui suivent le terme dudit contrat et la personne assurée ou le preneur d'assurance ne peut pas en avoir été exclu(e) à l'initiative de l'assureur ;
- aaa) ASSURANCE DE GROUPE CONTRIBUTIVE : assurance de groupe pour laquelle les personnes assurées contribuent, totalement ou en partie, au paiement de la prime ;
- bbb) 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 ;
- ccc) SERVICES MÉDICAUX NÉCESSAIRES : biens, services ou soins médicaux approuvés 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 au type de service à fournir ;
 - aux effets médicaux reconnus.
- ddd) SINISTRE : tout événement susceptible d'entraîner la mise en œuvre d'une garantie du contrat et de s'inscrire dans le cadre de l'une de ses conditions spéciales ;
- eee) PRENEUR D'ASSURANCE : entité ou personne individuelle qui souscrit le contrat pour le compte des personnes assurées et qui en paie la prime ;
- fff) TRAITEMENT D'URGENCE : est considéré comme traitement d'urgence celui devant être effectué sous 48 heures maximum dans un hôpital ou une clinique dotée d'un service d'assistance permanente.

ARTICLE 2 – Objet du contrat et étendue des garanties

- Le présent contrat d'assurance garantit le paiement des prestations conventionnées ou remboursables faisant suite à toute maladie ou tout accident, conformément aux dispositions prévues dans ces conditions générales et telles que définies aux conditions spéciales souscrites et à hauteur des plafonds fixés aux conditions particulières dudit contrat, excepté dans les cas prévus à l'article 5 des présentes conditions générales.
- L'étendue des garanties du contrat peut couvrir les frais en régime complémentaire, à condition de l'indiquer expressément aux conditions particulières du contrat.
- La couverture de télé médecine et médecine à domicile peut être garantie conformément aux dispositions prévues aux conditions spéciales du contrat, dans la partie qui lui est consacré, à condition d'être expressément incluse aux conditions particulières du contrat.
- Le présent contrat d'assurance ne couvre pas les frais médicaux ou médicamenteux réclamés par le réseau d'hôpitaux et autres établissements faisant partie du Service national de santé, si la personne assurée en est bénéficiaire et si elle y est soignée. Toutefois, ce contrat garantit le paiement des tickets modérateurs.

ARTICLE 3 – Conditions d'adhésion

- Peuvent conclure un contrat toutes les personnes qui ont accompli les formalités prévues par la MGEN, puis ont été acceptées selon les critères de souscription en vigueur.
L'offre d'adhésion contractuelle est réputée acceptée par la MGEN après l'émission de la police, puis l'envoi de la carte de santé.
- Peuvent être considérées comme personnes assurées d'un contrat collectif toutes les personnes appartenant à un groupe fermé ainsi que leur foyer,

à condition de l'indiquer expressément aux conditions particulières dudit contrat.

3. Peuvent être considérés comme personnes assurées d'un contrat individuel les adhérents d'un groupe ouvert ainsi que leur foyer, à condition de l'indiquer expressément aux conditions particulières dudit contrat.
4. Dans le cas des contrats individuels, l'ajout du foyer est obligatoire.
5. Conformément aux paragraphes précédents, l'adhésion du foyer au contrat implique l'adhésion de tous ses membres, tels que décrits aux termes du point d) de l'art. 1^{er}, hormis dans les cas indiqués ci-après pour lesquels l'adhésion est facultative :
 - a) séjour à l'étranger d'une durée de plus de 90 jours ;
 - b) couverture par un autre contrat d'assurance à la charge de l'employeur ;
 - c) couverture par un sous-système de santé (ADSE ou équivalent).
6. Si l'une ou l'autre des exceptions visées aux points du paragraphe précédent s'applique à plusieurs membres du foyer, la décision d'adhésion à l'assurance doit être la même pour tous les membres.

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

1. Sauf stipulation contraire expressément prévue sur la liste des personnes assurées figurant aux conditions particulières du contrat, les garanties de ce dernier entrent en vigueur à l'égard de chacune des personnes assurées, en cas de maladie, à expiration des délais de carence fixés ci-après :
 - a) le délai de carence pour toute prestation conventionnée (réseau) ou remboursable (hors réseau) pratiquée à la suite d'une maladie est de 90 (quatre-vingt-dix) jours, sous réserve des cas prévus aux points suivants ;
 - b) le délai de carence est porté à 365 (trois cent soixante-cinq) jours en cas de : 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 porté à 365 (trois cent soixante-cinq) jours en cas de : maladie grave, maladie et accident préexistant(e), maladie chronique, maladie ou pathologie provoquée par une malformation congénitale, traitements résultant de l'infection par le virus VIH/SIDA, greffes d'organes et de tissus et leurs implications, maladies du foie, traitements d'hémodialyse, soins de suite et soins palliatifs, maladie psychiatrique, maladie épidémique officiellement déclarée, 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. Les délais de carence contractuels s'appliquent à toutes nouvelles couvertures et augmentations de capital souscrites et demandées par le preneur d'assurance par rapport au contrat antérieur.
4. Les délais de carence ne s'appliquent pas à la personne assurée dans les situations visées aux points a) et b) du paragraphe 1, en cas de :
 - 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 auxdits points, à condition qu'il s'agisse d'une police d'assurance 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 de l'initiative de 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 (trente) 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, pour autant que leur communication et leur ajout au contrat ait eu lieu sous 30 (trente) jours maximum et que le début du risque coïncide avec la date du sinistre.
5. Les délais de carence ne s'appliquent pas à la personne assurée dans les situations visées au point c) du paragraphe 1, en cas de :
 - a) maladies ou malformations congénitales, lorsqu'elles concernent des bébés nés pendant la durée du contrat et ajoutés à ce dernier dans un délai de 30 (trente) jours à compter de la date de naissance, pour autant que le début du risque coïncide avec 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 à l'hôpital ou en clinique ;
 - c) transfert d'un contrat d'assurance antérieur dans lequel se trouvaient déjà garanties les situations cliniques décrites au présent point, à condition qu'il s'agisse d'une police d'assurance 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 de l'initiative de l'assureur antérieur ;

6. En cas de transfert d'assurance, la MGEN demandera les justificatifs suivants :
- copie des conditions générales et particulières du contrat d'assurance antérieur ;
 - justificatif de paiement de la dernière fraction de prime du contrat d'assurance antérieur ;
 - attestation délivrée par l'assureur antérieur, indiquant le motif de l'annulation ainsi que la date de début et de fin de l'assurance antérieure ;
 - autres documents spécifiques en fonction de la nature du risque.

ARTICLE 5 – Exclusions

Sont exclus du présent contrat d'assurance :

- 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 ;
- Les troubles provoqués par la consommation abusive d'alcool, l'usage de stupéfiants et/ou de narcotiques non prescrits par un médecin ;
- Tous les actes médicaux et tous les médicaments en rapport avec le tabagisme ;
- Les frais de cures en maison de repos ou de convalescence, station thermale, sanatorium, maison de retraite, résidence médicalement assistée, centre de cure de désintoxication (drogue, alcool et/ou toute autre dépendance à des produits chimiques) et autres établissements similaires ainsi que les soins qui y sont dispensés ;
- Les frais relatifs à des états de perte d'autonomie impliquant l'assistance de tiers, sauf en cas d'hospitalisation ou bien lorsque les soins sont réalisés par des prestataires conventionnés ;
- Les traitements non reconnus officiellement par l'Ordre des médecins, ainsi que les médicaments non approuvés par Informed, à moins qu'ils ne soient expressément indiqués aux conditions particulières du contrat et dans le cadre des dispositions des conditions spéciales de ce dernier ;
- Toute sortie d'hôpital de la personne assurée contre l'avis du médecin ;
- Les frais de traitements contre l'infertilité et de procréation médicalement assistée, en ce compris consultations, examens médicaux, tests, méthodes de fécondation artificielle, fécondation in vitro ou procédures de transfert d'embryons, ainsi que leurs conséquences ;
- Les bilans de santé et/ou dépistages généraux préventifs, sauf s'ils sont expressément indiqués aux conditions particulières du contrat et dans le cadre des dispositions établies aux conditions spéciales de ce dernier ;
- Les soins infirmiers privés et/ou dispensés à domicile, ainsi que la réalisation à domicile de tous examens ou soins (y compris la rééducation) ;
- Les frais, traitements et actes médicaux qui ne relèvent pas de la définition de services médicaux nécessaires, notamment les traitements expérimentaux, les traitements qui nécessitent une validation clinique ou les traitements réalisés dans le cadre de projets de recherche ;
- 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 d'assurance, ils sont jugés nécessaires sur le plan médical par le médecin pour la survie et la garantie de la santé de la personne assurée ;
- Les traitements de rajeunissement et/ou d'amaigrissement ainsi que ceux motivés par tout surpoids, sauf en cas d'obésité morbide ;
- Les maladies professionnelles et accidents du travail, ainsi que les accidents et les maladies couverts par toutes assurances obligatoires ;
- Les accidents ou maladies survenu(e)s lors de la pratique des activités dangereuses indiquées ci-dessous :
 - la participation aux compétitions sportives et à leurs entraînements avec des véhicules pourvus ou non d'un moteur ;
 - la pratique de sports de neige, glace ou de sports nautiques, notamment : surf, snowboard, chasse sous-marine, plongée, canoë, rafting et autres sports de dangerosité comparable ;
 - la pratique de lutte et de boxe, arts martiaux, parachutisme, descente (cyclisme), enduro et cross-country, tauromachie, 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, et toute autre occupation, pratique ou situation impliquant une dangerosité comparable ;
 - l'utilisation de véhicules à moteur hors de la voie publique (voies de communication terrestre sur routes non goudronnées).
- Tous frais consécutifs à un fait susceptible de constituer un délit ;
- Tous les frais au-delà des plafonds annuels de capital assuré par garantie ;
- Tous les frais non régulièrement justifiés par la facture ou le reçu original(e) ou par une copie conforme de ces derniers ou lorsque justifiés par des documents illisibles aux fins de demande de remboursement en ligne ;
- Les consultations ou examens médicaux destinés uniquement à l'émission d'attestations, de déclarations, de certificats ou d'informations de tout type n'ayant pas de fins thérapeutiques ou d'assistance ;
- Les frais réalisés et/ou prescrits par tout médecin se trouvant être le conjoint, parent, enfant, frère ou sœur de la personne assurée ou par la personne assurée elle-même ;
- Les prestations d'action sociale ;
- Tous les frais découlant de fausses déclarations ou d'omissions du preneur d'assurance et/ou de la 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 d'assurance se base sur la déclaration initiale du risque figurant sur l'offre d'assurance et sur 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 pertinentes et importantes permettant l'évaluation exacte du risque par la MGEN.
2. Ces déclarations sont à mentionner avec exactitude, même lorsqu'elles ne sont pas expressément demandées sur les questionnaires éventuellement fournis à cet effet par la MGEN, sous peine d'avoir à subir les conséquences prévues aux articles 9 et 10 des présentes conditions générales.
3. Hormis les cas où la MGEN exprime le besoin de recueillir des informations supplémentaires, le contrat est réputé conclu à la date de début indiquée dans ses conditions particulières, à compter de minuit.

ARTICLE 7 – Effets du contrat

1. Sous réserve des dispositions de l'article précédent, le présent contrat d'assurance et ses couvertures ne produisent leurs effets qu'à partir du moment où la prime ou la première fraction de prime est 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 plafonds fixés aux conditions particulières dudit contrat de la même année d'assurance, sans possibilité d'être garantis sur les années d'assurance suivantes.
3. Il est impossible de mettre en œuvre plusieurs des couvertures prévues aux conditions spéciales du présent contrat pour un même sinistre.

ARTICLE 8 – Consolidation du contrat

La consolidation du contrat intervient 30 (trente) jours à compter de la remise ou de l'envoi de ce dernier par la MGEN. Après cette date, le preneur d'assurance ne peut invoquer aucune non-conformité entre les conditions convenues et le contenu du contrat, à moins qu'elle ne résulte de tout document écrit ou tout autre support durable préalable.

ARTICLE 9 – Omissions ou inexactitudes intentionnelles du preneur d'assurance et/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 à fournir aux termes de l'article 6 des présentes conditions générales, le contrat est annulable.
2. Tous les frais médicaux pris en charge par la MGEN jusqu'à ce qu'elle prenne connaissance des omissions ou inexactitudes visées au paragraphe précédent lui seront remboursés par la personne assurée.
3. La personne assurée et le preneur d'assurance sont solidairement responsables du remboursement des frais visés au paragraphe précédent.
4. Sans préjudice des dispositions des paragraphes précédents, la MGEN a droit au paiement de la prime due jusqu'au terme du contrat en cas d'omissions ou d'inexactitudes intentionnelles figurant sur la déclaration initiale du risque à fournir aux termes de l'article 6 des présentes conditions générales.

ARTICLE 10 – Omissions ou inexactitudes involontaires du preneur d'assurance et/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 à fournir aux termes de l'article 6 des présentes conditions générales, la MGEN peut proposer au preneur d'assurance de modifier le contrat, en fixant un délai d'au moins quatorze (14) jours pour qu'il se prononce à ce propos.
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 s'il n'est pas d'accord.
3. En cas de cessation du contrat conformément aux dispositions prévues au paragraphe précédent, la MGEN remboursera la prime correspondante 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 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 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. Pendant la durée du contrat, tout ajout de personne assurée a lieu à la date de son renouvellement, excepté dans les cas suivants :
 - a) embauche par le preneur d'assurance entreprise d'un nouveau collaborateur et, en conséquence, ajout des membres de son foyer ;
 - b) admission dans un groupe fermé donné d'un nouveau participant et des membres de son foyer ;
 - c) mariage ;
 - d) naissance ou adoption d'un nouveau membre du foyer, à condition que ce dernier soit préalablement couvert par le contrat.
2. La MGEN doit être informée des événements prévus au paragraphe précédent dans les 60 (soixante) jours qui suivent.
3. L'ouverture des droits des personnes assurées ajoutées au contrat pendant sa durée est assortie des délais de carence prévus à l'article 4 des présentes conditions générales.
4. Tout changement de composition du foyer doit être communiqué à la MGEN dans les 60 (soixante) jours qui suivent.
5. Pendant la durée du contrat d'un groupe fermé, le preneur d'assurance peut demander par écrit, sur papier ou 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 du présent article, la MGEN rembourse la prime correspondant à la période déjà payée et non écoulée, à moins qu'il n'y ait eu paiement de prestations consécutives à un sinistre.
7. Lorsque l'adhérent cesse d'être lié à un groupe fermé, il peut adhérer à l'un des plans individuels de la MGEN en vigueur à cet effet, auquel cas l'adhésion individuelle à la MGEN doit avoir lieu dans les 60 (soixante) jours qui suivent la sortie du groupe assuré.
8. Lorsqu'un adhérent cesse d'être lié à un groupe ouvert, il peut adhérer à l'un des plans individuels de la MGEN à la fin de l'année d'assurance du contrat 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 antérieure du contrat, ainsi que de la justification de la demande de rentrée, auquel cas la MGEN peut demander tous documents qui s'avèreraient nécessaires à cette analyse.

CHAPITRE III – DURÉE DU CONTRAT

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

1. Le contrat est signé pour une durée de 1 (un) an et prend effet à la date prévue à ses conditions particulières.
2. S'agissant d'une assurance dont le preneur d'assurance est une personne physique, le contrat est réputé accepté à défaut de réponse de la MGEN, et ce dans les conditions et les limites fixées par la loi, à compter du 14^e jour suivant la date de réception de la proposition d'assurance et des documents demandés par l'assureur, sauf si le candidat à l'adhésion est informé du refus ou du besoin de fournir des précisions supplémentaires (son approbation est conditionnée à l'envoi et l'examen des éléments demandés).
3. Le contrat est renouvelé chaque année pour une même durée et dans les conditions souscrites au départ, sauf communication préalable par écrit de la MGEN, sur papier ou autre support durable, envoyée au moins 30 (trente) jours avant la date de son renouvellement.
4. Si le preneur d'assurance n'est pas d'accord avec les conditions de renouvellement du contrat proposées par la MGEN, il en informe cette dernière et le contrat cesse à la fin de l'année d'assurance en cours.
5. Aux termes et aux fins des dispositions du paragraphe précédent, le silence du preneur d'assurance au terme de l'année d'assurance du contrat en cours vaut acceptation des nouvelles conditions proposées par la MGEN pour son renouvellement ou du maintien des conditions contractuelles en vigueur, suivant le cas.
6. Dans le cas des contrats de groupe fermé, si les parties ne parviennent pas à un accord sur les conditions de renouvellement du contrat, la communication visée au paragraphe 2 du présent article vaut dénonciation du contrat.
7. La MGEN ne peut pas proposer de conditions de renouvellement discriminatoires pour les contrats d'assurance qu'elle a signés.
8. La MGEN et le preneur d'assurance sont tenus de respecter les conditions de renouvellement du contrat fixées avec l'entité conventionnée dans le cadre d'un groupe ouvert.
9. Les demandes de modification du plan de garanties sont à adresser par écrit à la MGEN en justifiant le motif de la modification, au plus tard 60 (soixante) jours avant le terme de l'année d'assurance du contrat en cours, et sont soumises à l'analyse et l'acceptation technique par la MGEN du risque.

ARTICLE 14 – Dénonciation du contrat

1. Le preneur d'assurance peut dénoncer librement le contrat par écrit, en informant 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 du cas prévu au paragraphe 4 de l'article précédent.

ARTICLE 15 – Rétractation

1. Le preneur d'assurance dispose d'un délai de rétractation de 30 (trente) jours à compter de la réception du contrat, 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 par écrit, sur papier ou tout autre support durable, de toutes les informations importantes censées y figurer.
3. La rétractation prévue ci-dessus doit être communiquée à la MGEN par écrit, sur papier ou tout autre support durable disponible et accessible à la MGEN.
4. La rétractation du contrat prévue au paragraphe 1 du présent article a des effets rétroactifs, mais la MGEN a droit au remboursement du montant des frais qu'elle aura engagés entretemps 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 qui seraient essentielles au maintien du contrat tel qu'il a été accepté.

Constitue un motif légitime de la MGEN :

- b) le défaut de paiement de la prime conformément à l'article 21 des présentes conditions générales ;
- 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 et/ou 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 qui seraient 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 indiquées ci-dessous :

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

ARTICLE 18 – Effets de la cessation du contrat

1. Sans préjudice des dispositions de l'article 23 des présentes conditions générales, la cessation du contrat entraîne l'extinction des obligations de la MGEN et du preneur d'assurance.
2. Cependant, la MGEN reste tenue de prendre en charge, à l'égard de chaque personne assurée, la prestation issue de la couverture du risque, si le risque n'est pas couvert par un contrat d'assurance ultérieur, dans les deux ans qui suivent et jusqu'à épuiser le plafond encore disponible de la dernière période où le contrat était en vigueur, pour autant que le sinistre, s'il est couvert par ledit contrat et déclaré au plus tard 30 (trente) jours après son terme, sauf empêchement légitime, soit antérieur à la cessation ou concomitant avec cette dernière, quand bien même il en serait la cause.
3. Le contrat ne peut plus être rétabli après sa cessation.
4. 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 aux conditions particulières du contrat.

ARTICLE 20 – Paiement de la prime

1. Conformément à la législation en vigueur, la couverture des risques garantis par le contrat est conditionnée au 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 année du contrat est due en entier, sans préjudice de la possibilité d'en fractionner le paiement.
3. Les primes ou fractions suivantes sont dues aux dates fixées aux conditions particulières du contrat. Le cas échéant, la part de la prime variable relative au complément de son montant ou la part de la prime correspondant aux modifications du contrat sont dues aux dates indiquées sur les avis de paiement, conformément aux dispositions des paragraphes suivants du présent article.
4. La MGEN informe le preneur d'assurance par écrit, au moins trente (30) jours avant la date d'échéance de la prime ou de ses fractions, au moyen d'un avis de paiement, de la date de paiement, du montant à payer, du mode et du lieu de paiement, ainsi que des conséquences du défaut de paiement de la prime ou de la fraction de cette dernière.
5. Si le paiement de la prime fait l'objet d'un fractionnement inférieur ou égal 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 la première fraction de celle-ci à la date d'échéance emporte résiliation d'office du contrat à compter de la date indiquée dans ses conditions particulières comme étant celle où le contrat prend effet.
2. Le défaut de paiement de la prime d'une année d'assurance suivante ou de la première fraction de celle-ci à la date d'échéance empêche de proroger le contrat et entraîne par conséquent son non-renouvellement.
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 du contrat ;
 - c) une prime supplémentaire consécutive à une modification du contrat fondée sur 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 sont révisables chaque année à la date de renouvellement du contrat, en fonction de l'équilibre technique et contractuel du groupe, et ce moyennant préavis de la MGEN envoyé au preneur d'assurance au moins 30 (trente) jours avant la date d'échéance de la prime annuelle.

CHAPITRE V – DROITS ET OBLIGATIONS DES PARTIES

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

- I. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée s'engage à fournir toutes informations sollicitées par la MGEN et/ou à lui présenter les pièces justificatives permettant la bonne gestion, la formation et les modifications du contrat, notamment en cas de sinistres et de réclamations, et en particulier :

pour les prestations conventionnées :

 - a) choisir un prestataire parmi le réseau indiqué par la MGEN ;
 - b) présenter sa carte de santé au prestataire de services médicaux choisi et s'assurer que tous les actes médicaux nécessaires sont conventionnés ;
 - c) payer au prestataire choisi le reste à charge, comme indiqué aux conditions particulières du contrat ;
 - d) en cas d'accident, remplir la déclaration d'accident.

Pour les prestations remboursables :

 - a) en cas d'accident, 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 à la MGEN la prescription médicale des examens médicaux réalisés et des soins reçus, ainsi que des médicaments, lunettes, lentilles de contact et autres prothèses/orthèses achetés ;
 - e) si les frais ont été engagés à l'étranger et s'ils sont couverts par le contrat, s'assurer que les factures originales sont libellées 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 réglés, lesquelles doivent impérativement indiquer le nom du patient, détailler les services fournis et la spécialité médicale dont ils relèvent, et obéir aux normes légales en vigueur, 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, auquel cas la personne assurée s'engage à présenter la demande de remboursement au sous-système ou à l'assureur antérieur dans un premier temps. La MGEN rembourse la personne assurée après la prise en charge de ce dernier ou sur copie certifiée conforme ; 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 acquittée, ainsi que le justificatif original de la part des frais non remboursée en vertu 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 :
- informer la MGEN sur les circonstances et conséquences exactes de la maladie ou de l'accident ;
 - respecter les prescriptions du médecin auquel il ou elle a fait appel ;
 - se soumettre aux examens pratiqués par les médecins désignés par la MGEN, lorsque ces derniers les jugent nécessaires.
3. Les personnes assurées sont également tenues de demander une préautorisation aux services médicaux de la MGEN avant d'engager les frais suivants :
- frais couverts en vertu des conditions spéciales « Hospitalisation » et « Accouchement » ;
 - frais de transport vers un hôpital ou une clinique à l'étranger ;
 - frais de soins, d'examen et autres actes médicaux à la suite de maladies graves, maladies chroniques, maladies ou lésions préexistantes ainsi que maladies provoquées par des malformations congénitales ;
 - tout acte médical découlant de l'extension territoriale des garanties du contrat, aux termes et à hauteur du ou des plafonds fixés aux conditions particulières dudit contrat, si elle y est prévue.
4. Si l'urgence de la situation ne permet pas de demander une préautorisation, les services médicaux de la MGEN doivent être contactés au maximum dans les 96 (quatre-vingt-seize) heures qui suivent.
5. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'éviter ou, du moins, d'atténuer 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 de ce 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 demanderait durant la procédure d'assistance à la personne assurée.

ARTICLE 24 – Remboursement

- La MGEN s'engage à procéder avec diligence et promptitude à toutes les vérifications indispensables au bon règlement des sinistres.
- 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.
- Les paiements dus par la MGEN sont effectués au Portugal et en euros.
- 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

- Le contrat est valable au Portugal continental ainsi que dans les régions autonomes des Açores et de Madère.
- Le contrat est valable à l'étranger si l'une des conditions suivantes est réunie :
 - 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 ;
 - 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 du contrat le prévoient expressément et sans préjudice des dispositions du paragraphe précédent, le contrat peut également produire ses effets à l'étranger, selon ce qui aura été établi aux conditions spéciales applicables.
4. À défaut de prestataires conventionnés à l'étranger pour la réalisation d'actes médicaux auxquels la personne assurée doit être soumise, 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 à réaliser entre les parties dans le cadre de ce contrat doivent être envoyées, par écrit ou tout autre moyen archivé durablement, à la dernière adresse postale ou électronique du preneur d'assurance et de la MGEN indiquée au contrat.
2. La MGEN doit être informée de tout changement d'adresse du preneur d'assurance dans les trente 30 (trente) jours qui suivent. À défaut, toutes les communications et notifications envoyées à l'ancienne adresse seront réputées valables.
3. La MGEN doit être informée de tout changement d'adresse électronique du preneur d'assurance 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 leur 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 du présent contrat d'assurance, la MGEN est la responsable de la collecte et du traitement des données à caractère personnel de l'adhérent et de la personne assurée, ainsi que des représentants du preneur d'assurance. L'identité du délégué à la protection des données désigné par la MGEN, dont l'adresse électronique est la suivante : protecaodedados@mgen.pt, est disponible sur www.mgen.pt.
2. Ne seront collectées et traitées que les données strictement nécessaires à l'exécution du contrat et de chaque adhésion individuelle à ce dernier, ainsi qu'à la gestion de la relation contractuelle avec le preneur d'assurance, l'adhérent et la personne assurée, ce qui inclut, notamment, les données d'identification, les données de contact, les données de santé et les données professionnelles les concernant. La collecte et le traitement de ces données constituent une condition nécessaire à la conclusion du contrat et à l'adhésion de l'adhérent et de la personne assurée. L'absence d'information ou la fourniture incomplète/incorrecte des données empêche de conclure le contrat et d'y adhérer.
3. La MGEN traite les données à caractère personnel pour les finalités 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 du contrat 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) En général, respect 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. En vertu de la législation applicable, 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 du contrat ou à des démarches 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 du contrat, la MGEN peut transmettre/communiquer des données aux catégories de destinataires suivantes : établissements de crédit et sociétés financières, intermédiaires d'assurance, autres assureurs, réassureurs, autorité fiscale et douanière, Autorité de supervision des assurances et fonds de pensions, autres autorités de régulation et de supervision, tribunaux, organismes publics et/ou 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 et/ou la personne assurée ont le droit de demander à la MGEN des informations plus détaillées sur les destinataires ou les catégories de destinataires de leurs données à caractère personnel.
 7. Sans préjudice d'une obligation légale ou réglementaire applicable à la MGEN et exigeant la conservation pendant un délai plus long, les données à caractère personnel sont conservées par la MGEN conformément aux dispositions suivantes :
 - a) les données à caractère personnel collectées aux fins d'analyse du risque, de conclusion du contrat/adhésion, de facturation et d'encaissement et, d'une manière générale, nécessaires à la bonne exécution du contrat sont conservées pendant toute la durée du contrat et peuvent le demeurer jusqu'au terme du délai de prescription de toutes actions ou procédures judiciaires découlant de la conclusion du contrat ou en lien avec ce dernier.
 - b) Les données à caractère personnel collectées aux fins de marketing et d'enquêtes d'opinion sont conservées jusqu'au retrait du consentement de la personne concernée.
 8. Concernant l'analyse du risque, les conditions du contrat et les adhésions à ce dernier, la MGEN peut utiliser des mécanismes décisionnels basés sur des traitements automatisés.
L'adhérent et/ou la personne assurée ont le droit de s'opposer aux décisions prises, lorsqu'elles ont pour eux des effets juridiques ou les affectent de manière significative, en exposant leur point de vue et en demandant le réexamen de la décision automatisée via une demande écrite à l'assureur à cette adresse électronique : protecaodedados@mgen.pt.
 9. Sont garantis aux personnes concernées les droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité à leurs données à caractère personnel, ainsi que le droit d'opposition et de limitation du traitement desdites données, dans les conditions prévues par la loi, auquel cas les personnes concernées sont tenues d'en informer la MGEN par écrit, à l'adresse électronique suivante : protecaodedados@mgen.pt ou par voie postale, à cette adresse : Rua Duque de Palmela, n.º 11, R/C, 1250-097 Lisboa, Portugal.
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 (*Comissão Nacional de Proteção de Dados*).
 10. Dans les cas où le traitement des données est effectué uniquement sur la base du consentement de l'adhérent et/ou de la personne assurée, ce dernier ou cette dernière a le droit de retirer son consentement à tout moment.
Néanmoins, le retrait du consentement ne compromet pas la légalité du traitement effectué sur la base du consentement précédemment donné par la personne concernée.
L'adhérent et/ou la personne assurée ont 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.

ARTICLE 31 – Gestion des réclamations

1. Toutes réclamations sont à adresser par la personne assurée par courrier électronique ou postal, suivant le cas, à :

reclamacoes@mgen.pt

Gestão de Reclamações
Rua Duque de Palmela, n.º 11, R/C
1250-097 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. Le présent contrat est régi par la loi portugaise.
2. Les litiges nés de l'interprétation et de l'exécution du présent contrat d'assurance sont réglés de préférence d'un commun accord entre les parties.

3. S'il s'avère impossible de parvenir à un accord, le litige est tranché par la justice, le recours à l'arbitrage étant admis. Il est dès à présent stipulé que la compétence est expressément attribuée aux tribunaux de la circonscription de Lisbonne, les parties renonçant expressément à tout autre, sauf accord exprès des parties visé aux conditions particulières du contrat.

CONDITIONS SPÉCIALES

Lorsqu'ils sont expressément prévus aux conditions particulières du contrat et à hauteur des plafonds qui y sont indiqués, les actes et frais relevant des conditions spéciales présentées ci-après sont garantis :

ARTICLE 1^{er} – Hospitalisation

1. La présente condition spéciale garantit, dans les conditions et selon le ou les plafonds fixés aux conditions particulières du contrat, 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 :
 - a) honoraires médicaux ;
 - b) hospitalisation en soins intensifs ;
 - c) chimiothérapie et radiothérapie, qu'il y ait hospitalisation ou non, ainsi que tous médicaments utilisés lors du traitement de la maladie oncologique, même lorsque ces derniers ne sont pas exclusivement chimiothérapeutiques ;
 - d) chirurgie maxillo-faciale si elle fait suite 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 intrachirurgicales ;
 - 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, qu'il y ait hospitalisation ou non ;
 - k) soins de suite ou palliatifs ;
 - l) hospitalisations motivées par des troubles d'ordre psychique ;
 - m) chirurgie motivée par une obésité morbide ;
 - n) greffes d'organes ou de tissus et leurs implications ;
 - o) rétablissement de la personne assurée en cas de lésion provoquée par suite de tout acte de terrorisme ou de guerre, déclarée ou non ;
 - p) maladies ou accidents faisant suite à une catastrophe 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 chirurgicaux (bloc opératoire, salle de réveil, etc.) et produits utilisés dans le cadre de ces derniers (gaz anesthésiants, oxygène, etc.) ;
 - t) transport terrestre en ambulance depuis et jusqu'à un hôpital ou une clinique, 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 aux conditions particulières du contrat.
3. Les frais médicaux relatifs aux médicaments et aux soins, administrés par voie orale, utilisés dans le traitement d'une maladie oncologique sur le réseau médical de prestataires conventionnés auront un reste à charge de 10 % par boîte et du montant minimum de reste à charge indiqué dans les conditions particulières de la police.
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. La prise en charge des dépenses médicales d'hospitalisation à domicile, en régime de prestation conventionnée, n'est garantie par la présente condition spéciale que si celle-ci est recommandée par le médecin.
6. Les honoraires chirurgicaux garantis dans le cadre de la présente condition spéciale sont limités aux montants qui résultent du produit entre la valeur de « K » indiquée aux conditions particulières du contrat et le nombre de « K » prévu pour chaque acte médical au Code de nomenclature et de la valeur relative des actes médicaux ou équivalents.
7. Dans les hôpitaux adhérents, lorsqu'une caution est demandée à la personne assurée en cas d'hospitalisation faisant suite à un épisode d'urgence, la MGEN garantit le montant de la caution, sans préjudice de l'exercice de son droit de recours contre la personne assurée, s'il s'avère que le sinistre qui a donné lieu à l'hospitalisation, dans le cadre duquel la caution est due, n'est pas couvert par le contrat.
8. Les frais d'accompagnement ne sont pas pris en charge, sauf en cas d'hospitalisation d'enfants mineurs. Sont néanmoins exclus dans ce cas les frais de repas de l'accompagnant qui sont à sa charge.
9. Les frais de confort personnel, tels que téléphone, location d'une télévision, etc., ne sont pas pris en charge.

10. Les soins dentaires ne sont pas pris en charge dans le cadre de la présente condition spéciale, excepté ceux prévus au point d) du paragraphe I du présent article.

ARTICLE 2 – Soins ambulatoires

1. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, dans les conditions et selon le ou les plafonds fixés aux conditions particulières du contrat, la prise en charge 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 :
 - a. honoraires des médecins généralistes, y compris de la consultation des voyageurs, ainsi que des autres spécialités médicales, 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 sur compte rendu médical justificatif ;
 - g. honoraires de consultations de psychologie réalisées par des professionnels inscrits à l'Ordre des psychologues ;
 - h. traitements de psychothérapie prescrits par le médecin ;
 - i. soins infirmiers réalisés à l'hôpital ou en clinique ;
 - j. transport terrestre en ambulance depuis et jusqu'à un hôpital ou une clinique au Portugal, à condition que l'état de la personne assurée le justifie ;
 - k. transport jusqu'à un hôpital ou une clinique 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 prescrites.
2. Les frais des médecines alternatives sont exclusivement couverts s'ils sont réalisés au sein du réseau Bien-être. La personne assurée prend en charge le montant total des honoraires conventionnés avec la MGEN dans ce réseau, à concurrence du ou des plafonds fixés aux conditions particulières du contrat, puis elle en demande le remboursement à la MGEN jusqu'à un maximum de 35 € (trente-cinq euros) par traitement.
3. Les frais de méthodes contraceptives prescrites sont pris en charge à hauteur de 40,00 € (quarante euros) par année d'assurance.
4. Les honoraires médicaux garantis dans le cadre de la présente condition spéciale sont limités aux montants qui résultent du produit entre la valeur de « K » indiquée aux conditions particulières du contrat et le nombre de « K » prévu pour chaque acte médical au Code de nomenclature et de la valeur relative des actes médicaux ou équivalent.
5. La réalisation des consultations médicales n'est pas limitée.
6. Sans préjudice des dispositions du paragraphe précédent, il est impératif de présenter un compte rendu médical qui en justifie la réalisation, du fait de toute maladie avérée, dans les cas indiqués ci-après :
 - a) dermatologie ou chirurgie vasculaire, à partir de la 4^e (quatrième) consultation comprise ;
 - b) psychiatrie, à la partir de la 7^e (septième) consultation individuelle ou de la 13^e (treizième) consultation groupée comprise ;
7. Bien qu'il s'agisse d'une spécialité non reconnue par l'Ordre des médecins, la psychologie est également garantie par la présente condition spéciale, dans les conditions suivantes :
 - a) 4 consultations de psychologie par année d'assurance ;
 - b) 12 séances de psychothérapie par année d'assurance, sur prescription médicale.À partir de la 12^e séance par année d'assurance, la prise en charge est garantie à condition de présenter un compte rendu médical qui justifie la poursuite des soins.
8. La médecine physique et de réadaptation, notamment rééducation, ergothérapie, thérapie cognitive et orthophonie, est garantie par la présente condition spéciale, dans les conditions suivantes :
 - a) Les frais remboursables sont garantis sur prescription médicale. À partir de la 12^e séance par année d'assurance, il faut présenter un compte rendu médical qui justifie la poursuite des soins.
 - b) Les frais engagés par la personne assurée sur le réseau de prestataires conventionnés sont toujours garantis sans besoin de prescription ni de compte rendu médical.
9. Sans préjudice des dispositions des paragraphes 7 et 8 qui précèdent, à concurrence des limites fixées dans les conditions particulières du contrat, le nombre de séances de soins médicaux n'est pas limité.
10. 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.
11. Les soins dentaires, ainsi que les frais découlant d'une petite chirurgie ambulatoire, ne sont pas couverts par la présente condition spéciale.

ARTICLE 3 – Soins dentaires

1. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, dans les conditions et selon le ou les plafonds fixés aux conditions particulières du contrat, la prise en charge des frais de soins dentaires et/ou maxillo-faciaux suivants :
 - 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 un spécialiste stomatologue, en médecine dentaire ou maxillo-faciale ;
 - e. détartrages, hormis les frais de blanchiment dentaire, application de bicarbonate, application topique de fluor et élimination de pigments ;
 - f. orthodontie ;
 - g. acquisition de prothèses dentaires ;
 - h. chirurgie dentaire ou maxillo-faciale faisant suite à une maladie non prévue au point d) du paragraphe 1 de l'art. 1^{er} des présentes conditions spéciales.
2. Cette condition spéciale ne couvre pas les frais d'utilisation de matériaux précieux.

ARTICLE 4 – Prothèses et orthèses

1. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, dans les conditions et selon le ou les plafonds fixés aux conditions particulières du contrat, la prise en charge des frais indiqués ci-dessous afférents aux instruments conçus médicalement pour remplacer, totalement 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, totalement ou en partie, pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin de la spécialité dans le cadre de laquelle la prothèse ou l'orthèse s'avère médicalement nécessaire, par un optométriste ou un orthoptiste :
 - a) montures de lunettes si elles sont achetées avec les verres correcteurs ;
 - b) verres correcteurs ;
 - c) lentilles correctrices ;
 - d) autres prothèses ou orthèses auditives, ophtalmologiques et orthopédiques ;
 - e) achat ou location de fauteuils roulants, lits articulés et béquilles ;
 - f) perruques et soutiens-gorge post-mastectomie à la suite d'une maladie grave survenue pendant la durée du contrat.
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. Cette condition spéciale ne couvre pas les solutions de conservation des lentilles correctrices.
4. 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, établi par le médecin ou l'hôpital ou la clinique qui l'a soignée.
5. Cette condition spéciale ne couvre pas les bas de contention, chaussettes de contention, ceintures de contention, gaines de grossesse, ceintures lombaires, protège-poignets, genouillères, coudières, appuie-bras, appareils d'aérosol, tampons auditifs, semelles et chaussures ou autres frais assimilés, ni les soutiens-gorge ou les perruques non prévus au point f) du paragraphe 1 du présent article, même lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
6. Cette condition spéciale ne couvre pas les frais dentaires.

ARTICLE 5 – Médicaments

1. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, dans les conditions et selon le ou les plafonds fixés dans les conditions, 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, pour ce qui concerne des maladies déclarées et la protection contre ces maladies, respectivement.
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 par le Service national de santé ou un autre sous-système équivalent.
3. Cette condition spéciale garantit le remboursement de dispositifs médicaux prescrits par un médecin et préalablement pris en charge par le Système national de santé.
4. Les frais afférents aux vitamines sont également garantis par la présente condition spéciale. Ceux-ci sont remboursés sur envoi de la prescription médicale et du compte rendu médical qui justifie leur utilisation du fait d'une pathologie avérée.
5. Cette condition spéciale ne couvre pas les produits pharmaceutiques manipulés et les produits dermocosmétiques.

ARTICLE 6 – Accouchement

1. La présente condition spéciale intégrée à la couverture Hospitalisation garantit, dans les conditions et selon le ou les plafonds fixés aux conditions particulières du contrat, la prise en charge des frais suivants en rapport avec l'accouchement (normal ou césarienne) ou l'interruption de la grossesse :
 - 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 ;
 - g) soins intensifs de néonatalogie ;
 - h) transport terrestre en ambulance depuis et jusqu'à un hôpital ou une clinique au Portugal.
2. L'étendue de la couverture de cette condition spéciale cesse au moment de l'autorisation de sortie définitive de la parturiente, en ce compris complications ou effets indésirables postérieurs à la sortie d'hôpital et découlant de l'accouchement. Les soins ultérieurs du nouveau-né sont sauvegardés par la souscription d'une police d'assurance conformément aux conditions générales en vigueur.
3. Dans le cas d'un accouchement à domicile, la présente condition spéciale garantit, dans les conditions et selon le ou les plafonds fixés aux conditions particulières du contrat, la prise en charge des honoraires médicaux et de soins infirmiers y afférents.
4. Les honoraires chirurgicaux garantis par la présente condition spéciale sont limités aux montants qui résultent du produit entre la valeur de « K » indiquée aux conditions particulières du contrat et le nombre de « K » prévu pour chaque acte médical au Code de nomenclature et de la valeur relative des actes médicaux ou équivalents.
5. Les frais d'accompagnement ou tous autres frais de confort ne sont pas couverts.
6. 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'ajout de la personne assurée au contrat.

ARTICLE 7 – Accès au réseau Bien-être

1. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, dans les conditions fixées aux conditions particulières du contrat, l'accès au réseau Bien-être dans les conditions établies et pré-conventionnées avec les prestataires du réseau conventionné qui en font partie et qui couvrent :
 - a) les médecines alternatives (acupuncture, homéopathie, ostéopathie, chiropraxie, shiatsu) ;
 - b) les cures thermales ;
 - c) les salles de sport et centres de remise en forme ;
 - d) les spas ;
 - e) les consultations de nutrition ;
 - f) les parapharmacies ;
 - g) la podologie ;
 - h) la préparation à l'accouchement ;
 - i) la psychologie ;
 - j) la thalassothérapie ;
 - k) l'orthophonie ;
 - l) l'hygiène bucco-dentaire ;
 - m) les opticiens ;
 - n) les autres prestations proposées par le réseau.

2. Il appartient à la personne assurée de choisir le prestataire du réseau Bien-être, ainsi que de régler les honoraires conventionnés avec ce dernier.

ARTICLE 8 – Accès au réseau HNA Espagne

1. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, dans les conditions fixées aux conditions particulières du contrat, la prise en charge des frais engagés en Espagne suivants :
 - a) frais d'hospitalisation motivés par une maladie déclarée ou un accident survenu pendant la durée du contrat ;
 - b) soins ambulatoires ;
 - c) frais de médicaments.
2. Sans préjudice des dispositions ci-dessus, l'extension territoriale prévue en vertu de la présente condition spéciale :

- a) ne s'applique pas aux frais d'hospitalisation motivés par un accouchement ;
- b) ne s'applique pas aux frais médicaux garantis en vertu de la condition spéciale « Hospitalisation » lorsque les soins à réaliser à l'étranger ont une finalité purement palliative compte tenu de l'état de santé de la personne assurée.

3. Cette condition spéciale fonctionne dans les conditions détaillées ci-après :

- a) Les frais engagés en vertu des conditions spéciales « Hospitalisation » et « Soins ambulatoires » sont uniquement pris en charge par la MGEN si les prestataires sont conventionnés par le Réseau HNA.
- b) Les frais de médicaments ne sont 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 réalisés en vertu des conditions spéciales « Hospitalisation » et « Soins ambulatoires ».
- c) Si la nature des frais et/ou de l'acte médical à réaliser à l'étranger exige une préautorisation du réseau HNA ou de la MGEN, les frais médicaux visés au point 1 du présent article ne sont pris en charge que si la personne assurée a demandé et obtenu la préautorisation du réseau HNA ou de la MGEN.

Aux fins des dispositions du paragraphe précédent, la prise en charge des frais garantis en vertu de la présente condition spéciale exige toujours une préautorisation de la MGEN dans les cas suivants :

- a) frais médicaux couverts en vertu de 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 (en particulier 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 – Bilan de santé

Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, dans les conditions fixées aux conditions particulières du contrat, la réalisation tous les 2 ans par la personne assurée du bilan de santé bisannuel suivant :

- 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 10 – Deuxième avis médical international

1. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, dans les conditions fixées aux conditions particulières du contrat, la mise à disposition de la personne assurée, en cas de maladie grave, d'un deuxième avis médical international afin d'obtenir un deuxième avis concernant le diagnostic de sa maladie et/ou les traitements médicaux adaptés à cette dernière auprès de médecins spécialistes internationaux conventionnés au sein du réseau conventionné.
2. Cette condition spéciale garantit à la personne assurée les prestations suivantes :
 - a) assistance médicale personnalisée au Portugal pour la gestion du cas de deuxième avis médical international concernant la personne assurée ;
 - 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 international auquel elle fera appel, voire 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 international ;
 - d) recueil de toutes les informations médicales nécessaires ;
 - e) analyse du dossier de la personne assurée par un spécialiste de renommée internationale et émission d'un deuxième avis sur le diagnostic de sa maladie et/ou sur les traitements médicaux adaptés à cette dernière ;
 - f) envoi du rapport de deuxième avis médical à l'adresse de la personne assurée ;
 - g) compte rendu détaillé en portugais sur le cas clinique de la personne assurée comprenant :
 1. résumé du cas ;
 2. motif du deuxième avis médical international ;
 3. procédure de sélection du médecin spécialiste international ;
 4. deuxième avis du médecin spécialiste international ;
 5. curriculum du spécialiste retenu.
3. Par ailleurs, si la personne assurée décide de se rendre à l'étranger pour effectuer un traitement, la présente couverture spéciale offre les services d'assistance suivants :
 1. sélection de médecins spécialistes et d'hôpitaux de référence ;
 2. assistance au déplacement ;
 3. aide à la prise de rendez-vous avec les médecins et lors des procédures d'admission dans les hôpitaux internationaux ;
 4. obtention de devis, frais d'hospitalisation estimatifs et possibles réductions.
4. Pour mettre en œuvre la présente condition spéciale, la personne assurée doit contacter la ligne Adhérents par téléphone au 21 11 55860 ou via le site www.mgen.pt/ajuda.
5. Pour utiliser convenablement ce service, la personne assurée est tenue de fournir tous les documents médicaux dont elle dispose et qui lui sont demandés par les services médicaux de la MGEN, étant entendu que la qualité du deuxième avis médical international dépend de l'étendue et de la rigueur des données fournies par la personne assurée.
6. Sont exclus de cette condition spéciale :
 - a) toutes demandes de deuxième avis médical international que la MGEN estimerait qu'elles ne relèvent pas du service de deuxième avis médical international, tel que visé au paragraphe I du présent article ;
 - b) tous honoraires médicaux, frais de médicaments et/ou d'hospitalisations ;
 - c) frais de transport et/ou d'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 de la personne assurée. Par conséquent, la MGEN décline toute responsabilité concernant l'utilisation par la personne assurée ou toutes autres personnes ou entités des informations contenues 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 11 – Accès au réseau de prévention dentaire

1. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, dans les conditions fixées aux conditions particulières du contrat, l'accès à un réseau de prestataires de soins dentaires dénommé Dentinet, dans les conditions établies et pré-conventionnées avec le réseau de prestataires.
2. Les prestations de soin garanties au sein du réseau de prévention dentaire sont les suivantes :

- 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 chez l'adulte ;
 - k) instruction et motivation d'hygiène bucco-dentaire chez l'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. Les prestations de santé couvertes par la présente condition spéciale le sont uniquement sous forme de prestations conventionnées au sein du réseau conventionné.
4. Sauf stipulation contraire et sans préjudice des exclusions prévues aux conditions générales, sont également exclus de cette condition spéciale les frais suivants :
- a) les frais afférents à l'utilisation de matériaux précieux ;
 - b) les actes médicaux non prévus à la condition spéciale Réseau de prévention dentaire.
5. Aucun délai de carence n'est appliqué à ces prestations.

ARTICLE 12 – Télémedecine et médecine à domicile

1. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, dans les conditions fixées aux conditions particulières du contrat, à la personne assurée l'accès à un ensemble de services de télémedecine et de consultation 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 sous la forme de prestations conventionnées au sein du réseau, selon les plafonds fixés aux conditions particulières du contrat, et pour autant que les prestations soient requises par la personne assurée à la MGEN au numéro de téléphone suivant : 21 | 155 860, lesquelles peuvent impliquer ce qui suit.

- a) Consultation médicale par téléphone, qui garantit à la personne assurée la réalisation de consultations par téléphone avec un médecin spécialisé en médecine générale et familiale.
 - b) Consultation médicale par visioconférence, qui garantit à la personne assurée la réalisation de consultations par visioconférence avec un médecin spécialisé en médecine générale et familiale (un lien hypertexte permettant d'établir le contact vidéo avec le médecin est envoyé par email avant le début de la consultation).
 - c) Consultation médicale à domicile, qui garantit l'organisation du transport de la personne assurée en ambulance si, au cours de la consultation à domicile, le médecin estime qu'il s'agit d'une urgence, auquel cas les frais de transport sont pris en charge par la personne assurée.
 - d) Envoi et livraison de médicaments, qui 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 les dimanches. Les frais des médicaments sont pris en charge par la MGEN sous la forme d'un remboursement, pour autant que la condition spéciale Médicaments soit souscrite et expressément indiquée aux conditions particulières du contrat.
2. Cette condition spéciale garantit par ailleurs, également sous la forme de prestations conventionnées au sein du réseau, et selon les plafonds fixés aux conditions particulières du contrat, l'accès à des consultations médicales via l'application KNOK / MGEN qui met à la disposition de la personne assurée, tous les jours de l'année, de 8h à minuit, des consultations médicales par visioconférence requises exclusivement via

l'application mobile KNOK, que la personne assurée doit installer sur son téléphone mobile ou sa tablette via Apple Store ou Google Play Store.

Une fois l'application installée, la personne assurée doit suivre les instructions y indiquées, notamment :

- a) compléter la préinscription de l'utilisateur, en fournissant les données demandées ;
- b) fournir les informations exactes quant à sa maladie ou les éventuels symptômes observés requises par l'application ;
- c) si les conditions particulières du contrat prévoient un reste à charge pour la personne assurée, disposer d'un moyen de paiement électronique valide.

3. La présente condition spéciale ne se destine en aucun cas à des situations d'urgence ou d'urgence vitale. 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. Toutefois, en cas d'urgence, la personne assurée doit contacter par téléphone le service INEM au numéro 112.
4. Lorsque la personne assurée a moins de 18 (dix-huit) ans, les services doivent être demandés par son responsable légal.
5. 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 qu'il juge approprié.
6. Dans le cadre de la présente condition spéciale, la MGEN ne peut être tenue responsable des diagnostics réalisés par les médecins.

ARTICLE 13 – Réseau médical international Maladies graves

1. Aux fins des dispositions de la présente condition spéciale, on entend par :

- a) étendue territoriale : soins de santé dispensés hors du Portugal continental et des régions autonomes des Açores et de Madère ;
- b) conseiller médical personnel : médecin nommé par la MGEN en charge de la gestion de la prestation, qui aide la personne assurée, une fois la garantie mise en œuvre, à choisir le meilleur centre international et le plus adapté, auquel elle peut avoir recours pour suivre le traitement approprié à la maladie dont elle souffre.
- c) centres internationaux : centres de traitement médical situés hors du Portugal et sélectionnés par l'équipe de la MGEN désignée pour gérer la couverture à partir de son réseau international de spécialistes ; les centres situés hors du Portugal offrant les meilleures alternatives de soins à la personne assurée, après le diagnostic de la maladie dont elle souffre. La personne assurée ou les membres de sa famille lorsqu'elle n'est pas en mesure de le faire reçoivent, avec son accord dans ce dernier cas, un rapport contenant une sélection des centres retenus comme les meilleures alternatives à l'échelle internationale pour le traitement de la maladie dont elle souffre.
- d) maladies graves, non consécutives à un accident, couvertes par cette condition :
 - i) traitement d'une maladie maligne, excepté au stade TIS (cancer *in situ*) ;
 - ii) neurochirurgie, considérée aux fins de la présente condition spéciale comme toute intervention chirurgicale à la tête ou à la structure intracrânienne ;
 - iii) pontage coronarien (revascularisation du myocarde), traitement chirurgical impliquant une chirurgie à cœur ouvert et un pontage pour corriger au moins deux artères coronaires sténosées ;
 - iv) chirurgie des valves cardiaques ;
 - v) greffe d'organes, en ce compris la greffe de moelle osseuse, résultante de la perte irréversible de leur fonction.

2. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit le paiement, sous la forme de prestations remboursables, des soins de santé dispensés hors du Portugal continental et des régions autonomes des Açores et de Madère du fait d'une maladie grave, telle que définie au point d) du paragraphe 1 de cet article.
3. L'application des garanties prévues à la présente condition spéciale est soumise à leur mise en œuvre par la personne assurée et, en conséquence, à la sélection des centres internationaux par la MGEN ou tout prestataire désigné par la MGEN à cet effet, afin de confirmer le diagnostic et le traitement approprié. La personne assurée doit, en toutes circonstances, autoriser les médecins et les hôpitaux auxquels elle a fait appel à fournir aux services médicaux de la MGEN les comptes rendus médicaux et tous autres éléments que ces derniers jugeraient utiles pour compléter le dossier et confirmer la maladie dont elle souffre, et qui requiert un traitement relevant de cette condition spéciale.
4. Le non-respect par la personne assurée des obligations prévues au paragraphe précédent vaut renonciation au droit aux garanties couvertes par la présente condition spéciale.
5. Lorsque la couverture prévue à la présente condition spéciale est souscrite, le contrat d'assurance garantit les frais engagés par la personne assurée au titre de diagnostics, traitements, prestations médicales, provisions ou prescriptions médicales jugées nécessaires sur le plan médical, s'ils résultent ou sont la conséquence d'une des maladies graves ou situations cliniques visées au point d) du paragraphe 1 du présent article,

dont les premiers symptômes seraient apparus pendant la validité de la garantie et à l'issue du délai de carence.

6. Les prestations conventionnées prévues à la présente condition spéciale sont uniquement valables dans les centres de traitement situés hors du territoire portugais, recommandés par la MGEN ou par tout prestataire expressément désigné par celle-ci à cet effet.
7. L'application de la présente condition spéciale n'exclut pas l'application des dispositions des conditions générales et particulières, notamment, mais sans en exclure aucune autre, des dispositions des articles 4 et 5 des conditions générales.
8. Concernant les maladies graves ou les situations médicales couvertes par la présente condition spéciale, la MGEN garantit le paiement des frais indiqués ci-après, à hauteur des plafonds fixés aux conditions particulières du contrat :
 - a) les frais d'hospitalisation suivants :
 - i) frais d'hospitalisation en chambre, infirmerie ou unité de soins intensifs ;
 - ii) autres prestations hospitalières, en ce compris les prestations en consultation externe d'un hôpital ;
 - iii) frais d'accompagnement afférents à un lit d'accompagnant, si l'hôpital fournit ce service ;
 - b) frais engagés dans les centres de chirurgie ambulatoire, pour autant que le traitement, la chirurgie ou la prescription soit couvert(e) par la présente condition spéciale ;
 - c) honoraires médicaux relatifs à des consultations ou traitements ;
 - d) honoraires de consultations médicales concernant la personne assurée pendant son séjour à l'hôpital ;
 - e) frais afférents aux prestations, traitements ou prescriptions médicales et chirurgicales indiqués ci-après :
 - i) anesthésie et administration de cette dernière si elle est réalisée par un médecin anesthésiste ;
 - ii) examens de pathologie clinique, d'anatomie pathologique, d'imagerie médicale et d'électromédecine, ainsi que traitements de radiothérapie et de chimiothérapie, requis pour le diagnostic et le traitement d'une maladie s'inscrivant dans le cadre de la présente condition spéciale, à condition d'avoir été prescrits et supervisés par un médecin ;
 - iii) transfusions de produits sanguins ;
 - iv) administration de gaz médicaux et de traitements injectables ;
 - f) frais de produits pharmaceutiques ou médicamenteux utilisés sur prescription médicale tant que la personne assurée est hospitalisée ou après sa sortie d'hôpital, pour une durée maximale de 30 jours dans ce dernier cas, pour autant que les produits en cause soient prescrits en postopératoire ;
 - g) frais de déplacements et de transports en ambulance terrestre et aérienne quand leur utilisation est indiquée et prescrite par un médecin et préautorisée par la MGEN ;
 - h) frais de voyage aller-retour sur une ligne régulière (en classe économique) pour la personne assurée et un accompagnant ;
 - i) frais d'hébergement de la personne assurée et d'un accompagnant.
9. Sans préjudice des exclusions prévues aux conditions générales, la présente condition spéciale ne garantit pas le paiement de frais engagés ou motivés par tout(e) diagnostic, traitement, service, provision ou prescription médicale, qui serait lié(e) de quelque façon que ce soit à ou résultant de :
 - a) toute maladie grave ou autre situation médicale qui ne serait pas prévue au point d) du paragraphe 1 de la présente condition spéciale ;
 - b) tous frais engagés hors des centres de traitement internationaux approuvés par l'assureur ;
 - c) tout type de prothèse ou d'orthèse, quand bien même son utilisation serait jugée nécessaire durant le traitement de chimiothérapie, à l'exception des prothèses mammaires à la suite d'une mastectomie ;
 - d) frais afférents à l'achat ou la location de fauteuils roulants, lits spéciaux, appareils de climatisation, purificateurs d'air et tous autres articles ou équipements similaires ;
 - e) frais qui ne seraient pas de nature médicale, engagés par la personne assurée ou ses accompagnants, exception faite de ceux expressément couverts par la présente condition spéciale ;
 - f) toutes greffes d'organes ou de tissus dans les cas où :
 - i) la personne assurée est elle-même un donneur ;
 - ii) le besoin de greffe résulte d'une cirrhose du foie en cas d'étiologie alcoolique ;
 - iii) la greffe consiste en un acte chirurgical d'autogreffe, à l'exception de la greffe de moelle osseuse ;
 - g) tous frais engagés à une date antérieure à l'approbation par l'assureur de la sélection du centre de traitement où la personne assurée doit se soumettre au traitement approprié à la maladie dont elle souffre ;
 - h) tous frais engagés dans un centre de traitement non autorisé ou ne figurant pas dans la sélection de centres de traitement approuvée par l'assureur ;

- i) tous frais engagés en rapport direct avec le diagnostic, le traitement, la prestation ou la prescription médicale de toute nature réalisé(e) sur le territoire portugais ;
 - j) tous frais engagés sans respecter les procédures fixées aux paragraphes suivants du présent article ;
 - k) tous frais engagés en rapport direct avec le diagnostic, le traitement, la prestation ou la prescription médicale de toute nature réalisé(e) dans tout pays, lorsque la personne assurée vit hors du territoire portugais pendant plus de 90 jours sur une période de 12 mois ;
10. Au cas où une maladie grave couverte par les garanties de la présente condition spéciale aurait été diagnostiquée à la personne assurée, cette dernière ou toute personne agissant en son nom est tenue de respecter scrupuleusement la procédure ci-après avant de débiter tout(e) traitement, prestation ou prescription médicale qu'elle souhaiterait demander au titre de cette condition spéciale :
- a) déclaration du sinistre : la personne assurée ou toute personne agissant en son nom doit contacter au plus vite la ligne MGEN au numéro 21 11 55860 afin de déclarer le possible sinistre et demander le service de sélection des centres internationaux. La personne indiquée est informée par la MGEN sur les étapes nécessaires à l'analyse du cas clinique, exigeant en toutes circonstances l'accord de la personne assurée afin de permettre à la MGEN ou au prestataire désigné par cette dernière à cet effet de solliciter les informations médicales et les examens de diagnostic appropriés pour la confirmation de la maladie grave ou de la situation clinique relevant de la présente condition.
 - b) évaluation du sinistre : à l'issue de la sélection des meilleurs centres internationaux, la personne assurée reçoit le rapport d'un spécialiste et la confirmation par la ligne MGEN qu'il s'agit d'une maladie grave (relevant de la présente condition spéciale). Si c'est le cas et si la personne assurée choisit de se faire soigner hors du Portugal, elle doit en informer la MGEN ou le prestataire désigné par cette dernière à cet effet.
 - c) sélection de l'hôpital international : La MGEN ou le prestataire désigné par cette dernière à cet effet se charge de fournir à la personne assurée une liste des centres de traitement recommandés hors du Portugal.
 - d) sélection et confirmation du centre médical : après confirmation par écrit, par le moyen indiqué par la MGEN, par la personne assurée de sa décision de se faire soigner dans un centre médical international et de son choix de centre médical, au cas où plusieurs options lui auraient été présentées, la MGEN ou le prestataire désigné à cet effet organise tous les préparatifs pour la bonne admission de la personne assurée au centre médical sélectionné, afin de permettre à la personne assurée d'avoir accès audit centre médical, ainsi qu'aux soins, prestations médicales et médicaments prescrits dans le cadre des garanties et selon les plafonds de la présente condition spéciale.
 - e) traitement et paiement : une fois que l'acceptation du sinistre par la MGEN a été validée et confirmée et que le prestataire désigné par la MGEN pour gérer le sinistre a coordonné les soins, les prestations hospitalières et les médicaments prescrits au centre médical international choisi par la personne assurée, la MGEN prend en charge, en vertu des garanties de la présente condition spéciale, les frais engagés par la personne assurée dans les conditions et selon les plafonds et exclusions prévus par cette condition spéciale.
11. La personne assurée ou les membres de sa famille ou ses représentants légaux doivent permettre la visite de médecins du prestataire chargé de la gestion de la prestation ou de la MGEN, ainsi que la réalisation de toute vérification jugée nécessaire par le prestataire ou la MGEN.
12. Tout manquement aux obligations prévues au paragraphe précédent vaut renonciation expresse au droit aux garanties couvertes par la présente condition spéciale.
13. Dans les cas médicaux plus complexes à définir en fonction de l'évaluation à réaliser par l'assureur et par le prestataire chargé de la gestion de la couverture, un médecin peut être désigné afin d'accompagner la personne assurée lors du traitement effectué hors du Portugal continental et des régions autonomes des Açores et de Madère, dans tout centre international.
14. La couverture du réseau médical international Maladies graves est soumise aux délai de carence, prises en charge, remboursements, capitaux assurés, franchises et restes à charge prévus aux conditions générales et aux conditions particulières du contrat.

ARTICLE 14 - Couverture de la prévention de la santé mentale et promotion de la qualité de vie au travail

1. Cette Condition Particulière garantit l'accès à un service gratuit permettant à l'assuré de bénéficier d'une plateforme de psychologues et de professionnels de la santé qualifiés, appelée Caring by Eutelmed, disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. L'objectif de ce service est d'offrir aux salariés couverts par des contrats d'assurance de groupe fermés des services de bien-être mental indispensables à une vie professionnelle et personnelle équilibrée.
2. Pour accéder à ce service, les assurés doivent utiliser un code d'activation pour accéder à la plateforme, envoyé à l'adresse électronique enregistrée dans la police, ou mis à disposition sur le site web my.mgen.pt.
3. Le code fourni permettra à l'assuré d'accéder au site <https://caring.eutelmed.com> et de bénéficier ainsi de tous les services offerts, qui se déroulent en toute confidentialité et anonymat. Toutes les données transmises sur ce site relèvent de la seule responsabilité du fournisseur, Eutelmed SAS (SIREN 52845366500036).