

mgen[★]

GROUPE **vyv**

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

CONDITIONS GÉNÉRALES ET PARTICULIÈRES

2026

Ligne adhérent 211 155 860* | mgen.pt

La MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, Mutuelle d'assurances 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

*(appel vers le réseau fixe national)

CONDITIONS GÉNÉRALES	3
ARTICLE PRÉLIMINAIRE.....	3
CHAPITRE I - DÉFINITIONS, OBJET, GARANTIES ET EXCLUSIONS.....	3
ARTICLE 1 - Définitions	3
ARTICLE 2 - Objet du contrat et étendue des garanties.....	9
ARTICLE 3 - Conditions d'adhésion	10
ARTICLE 4 - Délai de carence et entrée en vigueur des garanties	10
ARTICLE 5 - Exclusions	12
CHAPITRE II - FORMATION DU CONTRAT ET SES MODIFICATIONS	14
ARTICLE 6 - Formation du contrat.....	14
ARTICLE 7 - Effets du contrat	15
ARTICLE 8 - Consolidation du contrat	15
ARTICLE 9 - Omissions ou inexactitudes intentionnelles du preneur d'assurance et/ou de la personne assurée dans la déclaration initiale du risque.....	16
ARTICLE 10 - Omissions ou inexactitudes involontaires du preneur d'assurance et/ou de la personne assurée dans la déclaration initiale du risque.....	16
ARTICLE 11 - Ajout/exclusion ou transfert de personne assurée.....	17
ARTICLE 12 - Rentrée du preneur d'assurance ou de la personne assurée.....	18
CHAPITRE III - DURÉE DU CONTRAT.....	18
ARTICLE 13 - Entrée en vigueur, durée et renouvellement du contrat	18
ARTICLE 14 - Résiliation du contrat.....	19
ARTICLE 15 - Rétractation	19
ARTICLE 16 - Résiliation du contrat pour motif légitime	19
ARTICLE 17 - Cessation des garanties à l'égard de la personne assurée	20
ARTICLE 18 - Effets de la cessation du contrat.....	20
CHAPITRE IV - MONTANT ASSURÉ ET PRIME.....	21
ARTICLE 19 - Montant assuré	21
ARTICLE 20 - Paiement de la prime.....	21
ARTICLE 21 - Défaut de paiement de la prime	21
ARTICLE 22 - Révision de la prime.....	22
CHAPITRE V - DROITS ET OBLIGATIONS DES PARTIES	22
ARTICLE 23 - Obligations du preneur d'assurance et/ou de la personne assurée.....	22
ARTICLE 24 - Remboursement	25
CHAPITRE VI - DISPOSITIONS FINALES	25
ARTICLE 25 - Complémentarité.....	25
ARTICLE 26 - Étendue territoriale	25
ARTICLE 27 - Communications et notifications entre les parties	26
ARTICLE 28 - Prescription	26
ARTICLE 29 - Subrogation	26
ARTICLE 30 - Protection des données.....	26
ARTICLE 31 - Gestion des réclamations	30
ARTICLE 32 - Législation applicable et attribution de juridiction	30
CONDITIONS SPÉCIALES	30
ARTICLE 1 - Hospitalisation	30
ARTICLE 2 - Soins ambulatoires	32
ARTICLE 3 - Soins dentaires	34
ARTICLE 4 - Prothèses et orthèses	35
ARTICLE 5 - Médicaments.....	36
ARTICLE 6 - Accouchement.....	37
ARTICLE 7 - Indemnité journalière d'hospitalisation.....	37
ARTICLE 8 - Accès au réseau Bien-être	38
ARTICLE 9 - Accès au réseau HNA Espagne.....	39
ARTICLE 10 - Bilan de santé	40
ARTICLE 11 - Deuxième avis médical international.....	41
ARTICLE 12 - Accès au réseau de prévention dentaire.....	42
ARTICLE 13 - Télémédecine et consultation à domicile	43
ARTICLE 14 - Réseau médical international Maladies graves.....	44
ARTICLE 15 - Prévention de la santé mentale et promotion de la qualité de vie au travail	50
ARTICLE 16 - Couverture MindCare	51
ARTICLE 17 - Couverture complémentaire en cas de maladies graves au Portugal	52
ARTICLE 18 - Couverture de la cryoconservation des cellules souches.....	53

CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE PRÉLIMINAIRE

La MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, Mutuelle d'assurances régie par les 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, ci-après dénommée MGEN, autorisée à exercer au Portugal par l'Autorité de supervision des assurances et des fonds de pensions dans le cadre du régime de libre prestation de services, sous le numéro 4608, pour la branche maladie vérifiable à l'adresse www.asf.com.pt et représentée par MGEN Distribuição de Seguros, S.A., personne morale n° 508 840 210, ayant son siège social au Portugal à Rua Duque de Palmela n° 11 - R/C, 1250-097 Lisboa, établit le présent Contrat d'assurance santé régi par les Conditions générales, spéciales et particulières qui font partie de la Police et conformément aux déclarations figurant dans la Proposition et autres documents sur lesquels il se fonde et dont il fait partie intégrante.

Appartient à l'ACPR - Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au n° 61 de la rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, France, en charge du contrôle de l'activité de la MGEN.

CHAPITRE I - DÉFINITIONS, OBJET, GARANTIES ET EXCLUSIONS

ARTICLE 1 - Définitions

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

- a) ACCIDENT / MALADIE PRÉEXISTANTE : Les effets d'accidents survenus ou de maladies apparues avant la date de souscription du contrat d'assurance et que la personne présente encore à la date d'entrée en vigueur du contrat d'assurance ;
- b) ACCIDENT : Un événement fortuit, soudain et anormal, occasionné par un facteur extérieur indépendant de la volonté de la personne assurée, qui entraîne chez cette dernière des lésions corporelles cliniquement et objectivement constatables ;
- c) ADHÉRENT : La personne physique identifiée dans les Conditions Particulières du Contrat d'Assurance, qui y adhère en tant que Titulaire Principal, c'est-à-dire la personne dans l'intérêt de laquelle ce contrat est souscrit et à l'égard de laquelle les relations au sein du foyer sont établies ;
- 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 apparentés majeurs en ligne directe (par exemple : enfants, petits-enfants, arrière-petits-enfants, parents, grands-parents, arrière-grands-parents) ou en ligne collatérale jusqu'au 3e degré (par exemple : frères et sœurs, neveux et nièces, oncles et tantes), parents et apparentés 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 l'adhérent ou bien l'un des membres du foyer s'absente pour une durée inférieure ou égale à 30 (trente) jours, ou bien pour une durée supérieure à 30 (trente) jours, pour des raisons de santé, de formation académique ou professionnelle ou de relation de travail.

- e) **POLICE** : Document qui régit le Contrat conclu entre le preneur d'assurance et la MGEN et dont les Conditions Générales, Spéciales et Particulières font partie intégrante, ainsi que les avenants pouvant être émis en cours de Contrat ;
- f) **AVENANT** : Document par lequel une modification est introduite au contrat d'assurance ;
- g) **ACTE MÉDICAL** : Acte pratiqué par un médecin légalement autorisé par l'Ordre des médecins, qui vise la promotion de la santé, la prévention et le traitement des maladies et la rééducation des personnes soumises à son intervention, et peut prescrire des actes complémentaires pratiqués par d'autres professionnels de santé ;
- h) **MONTANT ASSURÉ** : Montant maximum de prise en charge des dépenses supportées par la MGEN, par sinistre ou par année d'assurance selon ce qui est défini dans les Conditions Spéciales ou Particulières du Contrat, pour chaque Personne Assurée.
- i) **CARTE DE SANTÉ** : Carte personnelle et intransmissible qui identifie la personne assurée et lui permet d'accéder aux soins de santé dispensés au sein du réseau de prestataires ;
- j) **CHIRURGIE**: Toute intervention médicale invasive comprenant des actes médico-chirurgicaux conformément au barème de l'Ordre des Médecins, réalisée par un médecin légalement habilité, et destinée au diagnostic, au traitement ou à la réparation de maladies ou de lésions du corps humain, et qui n'est pas considérée comme de la petite chirurgie, aux termes de la définition ci-après.
- k) **CLINIQUE** : Établissement légalement reconnu où des soins médicaux sont dispensés, même de manière permanente, par des médecins et des infirmières ou d'autres professionnels de santé ; les sanatoriums, les maisons de repos, les centres de désintoxication (drogue et alcoolisme), les stations thermales et autres établissements similaires ne sont pas considérés comme tels aux fins

du contrat d'assurance ;

- l) **COEFFICIENT K** : Unité de mesure utilisée pour fixer la valeur des actes médicaux indiqués dans le Code de nomenclature et de valeur relative des actes médicaux publié par l'Ordre des médecins ;
- m) **PRISE EN CHARGE** : Pourcentage ou plafond des frais médicaux couverts par le Contrat d'assurance et pris en charge par la MGEN ;
- n) **CONDITIONS SPÉCIALES** : Clauses qui complètent et précisent les conditions générales du contrat d'assurance, dont l'application est généralisée à certaines couvertures lorsqu'elles sont souscrites ;
- o) **CONDITIONS GÉNÉRALES** : Ensemble de clauses qui définissent et réglementent les obligations générales et communes relatives au contrat d'assurance ;
- p) **CONDITIONS PARTICULIÈRES** : Document contenant les éléments spécifiques et individuels de chaque contrat d'assurance qui le distinguent de tous les autres et dont les dispositions prévalent sur les clauses des Conditions Générales et des Conditions Spéciales dudit contrat, conformément aux règles de la spécialité et à la Loi ;
- q) **CONSULTATION D'ASSISTANCE PERMANENTE** : Consultation de médecine générale et familiale dans un service d'urgence hospitalier ou de soins permanents et enregistrée lors d'un épisode d'urgence ;
- r) **CONSULTATION MÉDICALE PAR VIDÉOCONFÉRENCE** (également appelée consultation vidéo) : Consultations de médecine générale, de médecine familiale ou d'autres spécialités médicales effectuées à l'aide d'équipements de télémedecine permettant la transmission simultanée d'images et de sons, le déroulement du rendez-vous par conférence en temps réel entre le médecin et la personne assurée, la sécurité et la confidentialité des données de la personne assurée, ainsi que l'enregistrement informatique de la consultation ;
- s) **CONTRAT D'ASSURANCE** : Contrat par lequel la MGEN couvre les risques souscrits, en s'engageant à verser les indemnisations ou à payer le capital assuré en cas de sinistre, selon les conditions définies contractuellement, moyennant le paiement de la prime correspondante, effectué par le preneur d'assurance ;
- t) **RESTE À CHARGE** : Montant supporté par la personne assurée, selon les plafonds fixés aux conditions particulières du contrat d'assurance 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 ;
- u) **SOINS DE SUITE** : Soins de réadaptation fonctionnelle visant à maintenir et à améliorer la fonctionnalité de patients atteints de maladies chroniques ;

- v) SOINS PALLIATIFS : Soins axés sur la prévention et le soulagement des souffrances physiques et psychologiques et sur l'amélioration du bien-être des patients en phase terminale atteints de maladies graves ou incurables à un stade avancé et progressif ;
- w) FRAIS MÉDICAUX : Frais engagés par la personne assurée, à la suite d'un sinistre et afin d'acquérir des services médicaux nécessaires, à condition qu'ils soient prescrits ou effectués par un médecin ;
- x) MALADIE CONGÉNITALE : Maladie présente à la naissance, résultant de facteurs héréditaires ou d'anomalies survenues pendant la grossesse jusqu'au moment de la naissance ;
- y) MALADIE CHRONIQUE : Maladie qui présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : elle est permanente, entraîne une incapacité/handicap résiduel, est causée par des altérations pathologiques irréversibles, nécessite une rééducation spéciale du patient ou peut exiger de longues périodes de surveillance, d'observation ou de soins ;
- z) MALADIE GRAVE : Maladie oncologique, y compris maladie présumée ou pré-maligne, maladie neurologique et du système nerveux central, maladie cardiaque, maladie de Parkinson et maladie d'Alzheimer et les complications qui y sont associées ;
- aa) MALADIE DÉCLARÉE : Maladie se manifestant et faisant l'objet d'un diagnostic sans équivoque et/ou donnant lieu au traitement correspondant ou dont les signes et les symptômes ne pouvaient être ignorés de la personne assurée ;
- bb) MALADIE SOUDAINE : Toute maladie nécessitant un traitement d'urgence à l'hôpital, que ce soit avec hospitalisation ou en ambulatoire ;
- cc) MALADIE : Toute altération involontaire de l'état de santé, non causée par un accident et susceptible de faire l'objet d'une vérification médicale objective ;
- dd) ÉPISODE D'URGENCE : Ensemble des actes médicaux effectués dans le cadre du service d'urgence de l'hôpital ou des soins non programmés, y compris les examens diagnostiques auxiliaires, les consultations de médecine générale et toute éventuelle évaluation par un médecin spécialiste ;
- ee) FRANCHISE : Montant forfaitaire ou pourcentage des frais médicaux restant à la charge de la personne assurée et non obligatoirement soumis à un remboursement de la MGEN aux fins de calcul du montant du sinistre pris en charge et selon les plafonds fixés par les conditions particulières du contrat ;
- ff) GROUPE OUVERT : Groupe de personnes, dûment rattaché à une entité collective qui conclut avec la MGEN un protocole à adhésion facultative, matérialisé par la signature de contrats individuels ;
- gg) GROUPE FERMÉ : Groupe de personnes établi à l'avance et dûment rattaché à une entité

collective qui est le preneur d'assurance et dont l'adhésion est obligatoire ;

- hh) HÔPITAL : Aux fins du contrat d'assurance, 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 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 dans le pays concerné, 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 n'ayant pas encore atteint l'âge de 18 (dix-huit) ans ;
- ll) ACCOUCHEMENT : Tous actes médicaux liés à une naissance et à un post-partum ;
- mm) PETITE CHIRURGIE : Chirurgie qui, cumulativement, ne nécessite aucun bloc opératoire pour être réalisée, est pratiquée sous anesthésie locale et ne requiert aucun soin spécial de réveil.
- nn) DÉLAI DE CARENCE : Période pendant laquelle les couvertures du contrat d'assurance ne s'appliquent pas. Cependant, les personnes assurées ont accès au réseau de prestataires à des tarifs conventionnés ;
- oo) PERSONNE ASSURÉE : Personne physique identifiée dans les conditions particulières du contrat d'assurance, dont la santé ou l'intégrité physique est assurée par le contrat d'assurance ;
- 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 d'assurance ;
- qq) PRIME : Montant payé par le preneur d'assurance à la MGEN en contrepartie des couvertures souscrites dans le cadre du contrat d'assurance ;
- rr) PRESTATIONS CONVENTIONNÉES : Frais médicaux engagés par la personne assurée au sein du réseau de prestataires à la suite d'un sinistre spécifique et lorsque l'acte en question est conventionné. La prise en charge de la MGEN est versée directement par elle-même à ces prestataires.
- ss) PRESTATIONS D'ACCÈS AU RÉSEAU CONVENTIONNÉ : Frais médicaux engagés par la personne assurée à la suite d'un sinistre spécifique, pour lesquels la personne assurée paie directement à chaque prestataire l'intégralité 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 spécifique, dès lors que l'acte en question n'est pas préalablement conventionné avec le prestataire, qui seront réglés directement par la personne assurée au prestataire, et qui donneront lieu à un remboursement de la MGEN à la personne assurée, d'un montant défini selon la prise en charge fixée aux conditions particulières du contrat d'assurance ;

- uu) PRESTATAIRE DU RÉSEAU CONVENTIONNÉ : Entreprise prestataire de services et gestionnaire de sinistres qui, pour le compte de la MGEN, organise le Réseau Médical, gère les prestations prévues au contrat d'assurance et peut articuler le paiement direct des frais médicaux aux prestataires conventionnés, tels que les médecins, les hôpitaux et les 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, dans le cadre d'un régime de prestations conventionnées et au profit des personnes assurées, les prestations de services d'assistance médicale nationale prévues aux conditions spéciales du contrat d'assurance ;
- vv) PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ : Ensemble de prestataires de soins de santé, à savoir des médecins, des hôpitaux, des cliniques, des centres de diagnostic et d'autres unités de santé qui fournissent à la personne assurée les services couverts par le contrat d'assurance.
- ww)xx) RÉGIME COMPLÉMENTAIRE : Étendue des garanties d'un contrat d'assurance dans lequel, lorsqu'elles sont expressément indiquées dans les conditions particulières, les prestations remboursables inhérentes à ce contrat sont expressément limitées au complément des prestations prises en charge par un autre sous-système de santé (ADSE ou similaire) ou, en ce qui concerne la garantie spéciale médicaments, par le service national de santé ;
- yy) PROFESSIONNEL DE SANTÉ : Professionnel non médecin, possédant les titres académiques et la formation professionnelle réglementés et reconnus par un ordre professionnel ou une entité compétente équivalente, spécifiques au domaine de la santé, lui permettant d'exercer des actes de santé en matière de diagnostic, de traitement, de rééducation et de promotion de la santé.
- zz) ASSUREUR : La Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale est une mutuelle d'assurance 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, sous le régime de la Libre prestation de services, au travers de son siège social en France, sous le code LPS n° 4608, dans les branches Santé et Accident ;
- aaa) ASSURANCE ANTÉRIEURE : Contrat d'assurance d'une durée minimale de 1 (un) an, souscrit par la personne assurée ou le preneur d'assurance avec un assureur autre que la MGEN.

Afin de considérer l'une assurance antérieure, l'adhésion à la MGEN doit intervenir dans les 60 (soixante) jours suivant le terme de ce contrat d'assurance et la personne assurée ou le preneur

- d'assurance ne doit pas en avoir été exclu à l'initiative de l'assureur précédent ou du preneur d'assurance dans le cas d'une assurance de groupe ;
- bbb) ASSURANCE DE GROUPE : Contrat d'assurance souscrit pour un groupe de personnes liées au preneur d'assurance par une relation autre que l'assurance ;
- ccc) ASSURANCE DE GROUPE CONTRIBUTIVE : Assurance de groupe pour laquelle la personne assurée contribue, en tout ou en partie, au paiement de la prime ;
- ddd) ASSURANCE DE GROUPE NON CONTRIBUTIVE : Assurance de groupe pour laquelle la personne assurée ne contribue pas au paiement de la prime, celle-ci étant entièrement supportée par le preneur d'assurance ;
- eee) ASSURANCE INDIVIDUELLE : Contrat d'assurance souscrit pour un foyer, même s'il n'est composé que d'une seule personne ;
- fff) SERVICE CLIENTÈLE PERMANENT : Service d'urgence hospitalier, y compris la consultation et les tests diagnostiques de base, à l'exclusion des tomodensitogrammes et des IRM ;
- ggg) SERVICES MÉDICAUX NÉCESSAIRES : Biens, services ou soins médicaux approuvés par la MGEN, à condition qu'ils soient :
- a) Nécessaire au traitement d'une maladie ou d'une lésion résultant d'un accident de la personne assurée ;
 - b) 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 ;
 - c) Aux effets médicaux reconnus.
- hhh) SINISTRE : Tout événement susceptible d'entraîner la mise en œuvre d'une garantie du contrat d'assurance et de s'inscrire dans le cadre de l'une de ses conditions spéciales ;
- iii) PRENEUR D'ASSURANCE : Entité ou individu qui souscrit le contrat d'assurance au nom de la personne assurée et qui est responsable du paiement de la prime ;
- jjj) TRAITEMENT D'URGENCE : Celui qui doit être effectué dans un délai maximum de 48 (quarante-huit) heures après le sinistre, lorsqu'il est effectué dans un hôpital ou une clinique dotée d'un service d'assistance permanente.

ARTICLE 2 - Objet du contrat et étendue des garanties

1. Le présent contrat d'assurance, ci-après dénommé "contrat", garantit le paiement des prestations ou remboursables faisant suite à toute maladie ou accident, conformément aux dispositions figurant dans les conditions générales et telles que définies dans les conditions spéciales souscrites, et selon les plafonds fixés dans les conditions particulières de ce contrat, excepté dans les cas prévus à l'article 5 des présentes conditions générales.
2. L'étendue des garanties du contrat peut couvrir les frais en régime complémentaire, lorsque cela

est expressément indiqué dans les conditions particulières du contrat.

3. Le contrat ne couvre pas le paiement des 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.
4. Le contrat ne peut être souscrit dans le seul but d'obtenir un permis de séjour, une nationalité ou toute autre situation similaire.

ARTICLE 3 - Conditions d'adhésion

1. Peuvent souscrire le contrat toutes les personnes qui, après avoir accompli les formalités définies par la MGEN, ont été acceptées conformément aux critères de souscription en vigueur.

La proposition contractuelle est considérée comme acceptée par la MGEN avec l'émission de la police correspondante et l'envoi ultérieur de la carte de santé.

2. Peuvent être considérées comme personnes assurées d'un contrat d'assurance de groupe, toutes les personnes dûment liées à un groupe fermé, ainsi que leur foyer, à condition qu'elles soient expressément identifiées dans les conditions particulières du contrat.
3. Peuvent être considérées comme personnes assurées d'un contrat d'assurance individuelle, les adhérents d'un groupe ouvert, ainsi que leur foyer, à condition qu'ils soient expressément identifiés dans les conditions particulières.
4. Dans le cas des contrats individuels, l'ajout du foyer est toujours 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'article 1er, hormis dans les cas indiqués ci-après pour lesquels l'adhésion est facultative :
 - a) Séjour à l'étranger d'une durée supérieure à 90 (quatre-vingt-dix) 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 des exceptions prévues 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 disposition contraire expressément prévue sur la liste des personnes assurées figurant dans les conditions particulières du contrat les garanties de ce dernier entrent en vigueur, à l'égard de

chaque personne assurée en cas de maladie, après expiration des délais de carence suivants:

- 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, arthrotomie et arthroplastie, 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 chaque personne assurée, 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 ou maladie soudaine, survenant après le début des garanties, qui nécessite un traitement d'urgence auprès d'un prestataire de soins de santé.
 - b) Transfert d'un contrat d'assurance antérieur dans lequel se trouvaient déjà garanties les situations cliniques décrites aux-dits points et que le transfert ne résulte pas d'une exclusion de la personne assurée de l'initiative de l'assureur antérieur, sans préjudice des règles de souscription en vigueur.
 - c) 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 ;
- d) Pour le conjoint, pour raison de mariage, ou pour les personnes à charge par naissance ou adoption, si le reste du foyer est déjà couvert par le contrat et à condition que leur communication et leur ajout au contrat interviennent dans un délai maximum de 30 (trente) jours et que le début du risque coïncide avec la date de l'événement qui a donné lieu à cet ajout.
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 concernant les 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 et à condition que le début du risque coïncide avec la date de la naissance ;
 - b) Infarctus aigu du myocarde et accident vasculaire cérébral, thrombose, lorsqu'ils surviennent après le début des garanties et qu'ils nécessitent un traitement d'urgence dans un hôpital ou une clinique ;
 - c) Transfert d'un contrat d'assurance antérieur dans lequel se trouvaient déjà garanties les situations cliniques décrites au dit point et que le transfert ne résulte pas d'une exclusion de la personne assurée de l'initiative de l'assureur antérieur, sans préjudice des règles de souscription en vigueur.
6. En cas de transfert d'assurance et sans préjudice des règles de souscription en vigueur, la MGEN demandera les pièces justificatives suivantes pour analyser la demande :
- a) Copie des conditions générales et particulières du contrat d'assurance antérieur ;
 - b) Justificatif de paiement de la dernière fraction de prime du contrat d'assurance antérieur ;
 - c) Attestation délivrée par l'assureur antérieur, indiquant le motif de la résiliation, ainsi que les dates de début et de fin de l'assurance antérieure ;
 - d) Autres documents spécifiques en fonction de la nature du risque.
7. La documentation visée au paragraphe précédent du présent article doit être envoyée par le preneur d'assurance à la MGEN dans un délai de 90 (quatre-vingt-dix) jours à compter de la date de début du risque, faute de quoi le transfert de l'assurance ne sera pas pris en considération.

ARTICLE 5 - Exclusions

Sont exclus du contrat :

1. Tous les actes médicaux pratiqués à la suite d'une altération ou d'une aggravation de l'état de santé de la personne assurée, provoquée intentionnellement par cette dernière ;
2. Troubles provoqués par une consommation excessive d'alcool, l'usage de stupéfiants et/ou de

- narcotiques non prescrits par un médecin;
3. Tous les actes médicaux et tous les médicaments liés au tabagisme ;
 4. 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 ;
 5. Frais relatifs à des états de perte d'autonomie impliquant l'assistance de tiers, sauf en cas d'hospitalisation ou s'ils sont effectués auprès d'un prestataire de réseau conventionné pour cet acte médical ;
 6. Traitements non reconnus officiellement par l'Ordre des médecins, ainsi que les médicaments non approuvés par Infarmed, à moins qu'ils ne soient expressément indiqués dans les conditions particulières du contrat et dans le cadre des dispositions figurant dans les conditions spéciales de ce dernier ;
 7. Toute sortie d'hôpital de la personne assurée contre l'avis du médecin ;
 8. Frais de traitements contre l'infertilité et de procréation médicalement assistée, y compris consultations, examens diagnostiques auxiliaires, tests, médicaments, méthodes de fécondation artificielle, fécondation *in vitro* ou procédures de transfert d'embryons, ainsi que leurs conséquences ;
 9. Bilans de santé et/ou dépistages généraux préventifs, sauf s'ils sont expressément indiqués dans les conditions particulières du contrat et dans le cadre des dispositions établies dans les conditions spéciales de ce dernier ;
 10. Soins infirmiers privés et/ou dispensés à domicile, ainsi que la réalisation à domicile de tous examens ou soins (y compris la rééducation) ;
 11. 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 ;
 12. Tous les actes médicaux à caractère esthétique ou plastique, sauf si, à la suite d'une affection maligne ou d'un accident survenu pendant la durée du contrat, ils sont considérés par un médecin comme médicalement nécessaires à la survie et à la santé de la personne assurée ;
 13. Tous frais de rajeunissement et/ou d'amaigrissement, ainsi que ceux motivés par un excès de poids, excepté dans les cas d'obésité morbide ;
 14. Maladies professionnelles et accidents du travail, ainsi que les accidents et les maladies couverts par toutes assurances obligatoires ;
 15. Accidents survenus et maladies contractées lors de la pratique des activités dangereuses

indiquées ci-dessous :

- a) Participation à des compétitions sportives avec des véhicules, équipés ou non d'un moteur, et leurs entraînements respectifs ;
 - b) Pratique de sports sur neige, glace ou de sports nautiques tels que le surf, le snowboard, la chasse sous-marine, la plongée, le canoë, le rafting et d'autres sports de dangerosité comparable ;
 - c) Pratique de la lutte et de la boxe, les arts martiaux, le parachutisme, la descente (cyclisme), l'enduro et le cross-country, la tauromachie, la chasse, l'équitation, la spéléologie, l'escalade, le rappel, l'alpinisme, la randonnée en montagne, le saut à l'élastique, la chute libre, le parapente, le deltaplane, le vol en wingsuit ou les sauts à partir de plateformes physiques, et toute autre occupation, pratique ou situation impliquant une dangerosité comparable ;
 - d) Utilisation de véhicules à moteur, en dehors de la voie publique (voies de communication terrestres sur des routes non goudronnées).
- 16. Tous frais consécutifs à un fait susceptible de constituer un délit ou une infraction administrative ;
 - 17. Tous les frais dépassant les plafonds annuels de capital assuré par garantie ;
 - 18. Tous les frais qui ne sont pas dûment justifiés par des reçus originaux ou des copies certifiées conformes de ces derniers ou lorsque justifiés par des documents illisibles aux fins de demande de remboursement en ligne ;
 - 19. Consultations ou examens médicaux destinés uniquement à l'émission d'attestations, de déclarations, de certificats ou d'informations de toute nature n'ayant pas de fins d'assistance ou thérapeutiques ;
 - 20. Frais engagés, prescrits ou justifiés par tout médecin se trouvant être le conjoint, parent, enfant, frère ou sœur de la personne assurée ou par la personne assurée elle-même ;
 - 21. Prestations d'action sociale ;
 - 22. Tous les frais faisant suite à de fausses déclarations ou à des omissions de la part 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 Contrat est fondé sur la déclaration initiale du risque, ainsi que sur les déclarations que la

personne assurée et/ou le preneur d'assurance sont tenus de fournir en vertu de la loi, à savoir toutes les circonstances pertinentes et significatives permettant l'évaluation exacte du risque par la MGEN.

2. Les déclarations visées au paragraphe 1 du présent article doivent être faites avec exactitude, même lorsqu'elles ne sont pas expressément demandées dans les questionnaires éventuellement fournis à cet effet par MGEN, dans le cas contraire, la personne qui doit les fournir encourt 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 contrat 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 qui débutent au cours d'une année d'assurance donnée à la suite d'une maladie ou d'un accident, produisent leurs effets dans le cadre des garanties et des plafonds fixés dans les conditions particulières dudit contrat, sans possibilité d'être garantis sur les années d'assurance suivantes.
3. Il est impossible de mettre en œuvre plusieurs des couvertures prévues dans les conditions spéciales du 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 supportés par la MGEN jusqu'au moment où elle a connaissance des omissions ou inexactitudes visées au paragraphe précédent doivent être remboursés par la personne assurée.
3. La personne assurée et le preneur d'assurance sont solidairement responsables du paiement 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. Conformément au paragraphe précédent, le contrat cesse de produire ses effets 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 relative 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 survenant avant la cessation ou la modification du contrat et 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 se fera 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 évènements 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 dans la composition du foyer doit être communiqué à la MGEN dans les 60 (soixante) jours qui suivent.
5. Pendant la durée du contrat, toute exclusion d'une personne assurée, dans le cas d'une police Groupe ouvert, d'une police individuelle ou de membres de foyers de personnes assurées dans un Groupe ouvert, ne prend effet qu'à la date de renouvellement de la police.
6. Pendant la durée d'un contrat de groupe fermé, le preneur d'assurance peut demander, par écrit, sur papier ou sur un autre support durable, disponible et accessible à la MGEN, l'exclusion de l'adhérent avec lequel il y a eu rupture de la relation de travail ou d'association.
7. Dans les cas prévus au paragraphe 6 du présent article, la MGEN remboursera au preneur d'assurance la partie de la prime afférente à la période du contrat déjà payée et non encore écoulee, sauf s'il y a eu paiement de prestations consécutives à un sinistre.
8. Lorsque la personne assurée cesse d'être liée à un groupe fermé, elle peut adhérer à l'une des solutions individuelles de la MGEN, auquel cas l'adhésion individuelle à la MGEN doit être sollicitée dans les 60 (soixante) jours suivant la sortie du groupe assuré. Les règles en vigueur s'appliquent au transfert de l'assurance antérieure.
9. Lorsque la personne assurée cesse d'être liée à un groupe ouvert, elle peut adhérer à l'une des solutions individuelles 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 est soumise à l'autorisation préalable et expresse de la MGEN.
2. L'autorisation de rentrée est précédée d'une analyse détaillée des circonstances qui avaient motivé la sortie du contrat antérieur, 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 souscrit pour une durée de 1 (un) an et il prend effet à la date indiquée dans les 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 légales fixées par la loi, à compter du 14^e (quatorzième) jour suivant la date de réception de la proposition d'assurance et des documents demandés par la MGEN, 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 sera renouvelé chaque année pour une période et dans des conditions correspondant à celles initialement souscrites, 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 de 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 4 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 des garanties doivent être adressées 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, sous réserve de l'analyse et de l'acceptation technique du risque par la MGEN.
10. Les communications prévues au présent article sont réputées faites le troisième jour ouvrable suivant leur envoi à la partie adverse, si elles n'ont pas été reçues pour des raisons qui lui sont imputables.

ARTICLE 14 - Résiliation du contrat

1. Le preneur d'assurance peut librement résilier le contrat en le notifiant par écrit à la MGEN au moins 30 (trente) jours avant la date de renouvellement.
2. La MGEN ne peut pas résilier le contrat, sauf dans le 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, à cette date, par écrit, sur papier ou tout autre support durable, de toutes les informations importantes devant 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 contrat 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, tel que prévu 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 à l'égard de la personne assurée

Le droit aux garanties prend fin, 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 de l'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 2 (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 délivrées et non encore utilisées expirent automatiquement au terme du contrat.

CHAPITRE IV - MONTANT ASSURÉ ET PRIME

ARTICLE 19 - Montant assuré

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

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 intégralement sans préjudice de la possibilité d'en fractionner le paiement.
3. Les primes ou fractions suivantes sont dues aux dates fixées dans les conditions particulières du contrat. Le cas échéant, la partie de la prime variable relative à la correction de valeur ou la partie de la prime correspondant aux modifications du contrat est due aux dates indiquées dans les avis respectifs, dans les conditions définies aux paragraphes suivants du présent article.
4. La MGEN notifie par écrit au preneur d'assurance, au moins trente (30) jours avant leur date d'échéance, la prime ou les fractions dues, en indiquant la date de paiement, le montant à payer, le mode et le lieu de paiement, ainsi que les conséquences du non-paiement de la prime ou d'une fraction de celle-ci.
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 sa première fraction, à la date d'échéance entraîne la résiliation automatique du contrat à compter de la date indiquée dans les conditions particulières du contrat comme étant celle de la prise d'effet du contrat.
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 automatique du contrat à la date d'échéance de :
 - a) Une fraction de la prime au cours d'une année d'assurance ;
 - b) Un complément de prime dans les circonstances définies dans les conditions particulières du contrat ;
 - c) Une prime supplémentaire résultant d'une modification du contrat fondée sur une

aggravation ultérieure du risque.

ARTICLE 22 - Révision de la prime

1. 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 en fonction de l'équilibre technique et contractuel du groupe, à la date de renouvellement du contrat.
2. Aux fins des dispositions du numéro précédent, la MGEN communiquera au preneur d'assurance les critères d'actualisation de la prime avec un préavis minimal de 30 (trente) jours avant la date de renouvellement du Contrat.

CHAPITRE V - DROITS ET OBLIGATIONS DES PARTIES

ARTICLE 23 - Obligations du preneur d'assurance et/ou de la personne assurée

1. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée s'engagent 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 (utilisation dans le réseau) :

- a) Choisir un prestataire dans le réseau de prestataires 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 ;

Lorsque, en raison de l'indisponibilité du système informatique ou de toute autre raison dûment justifiée et non imputable à la personne assurée, il n'est pas possible de traiter la valeur de la franchise et/ou du reste à charge directement auprès du prestataire conventionné, la personne assurée doit régler intégralement les frais de santé et les envoyer ensuite à la MGEN, afin que le paiement correspondant puisse être traité dans le cadre du régime des prestations conventionnées, à condition que le prestataire ait facturé les montants 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 correspondante (formulaire disponible sur www.mgen.pt).
- e) S'agissant des actes médicaux qui ne sont pas contractés auprès des prestataires visés

au point a), le système de prestations indemnitaires prévu au point suivant s'applique.

Dans les prestations remboursables (remboursement) :

- a) En cas d'accident, remplir la déclaration correspondante (formulaire disponible sur www.mgen.pt);
- b) En cas d'envoi par courrier, adresser à la MGEN le formulaire de demande de remboursement dûment rempli, disponible sur son site internet ;
- c) Demander une préautorisation à la MGEN pour réaliser les actes médicaux décrits au paragraphe 4 du présent article, en accompagnant la demande d'un rapport médical, datant de moins de douze mois, contenant notamment l'histoire clinique, les antécédents associés, le diagnostic définitif et les preuves scientifiques de l'intervention proposée, sachant qu'à défaut, 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) Veiller à ce que, lorsque des dépenses ont été effectuées à l'étranger et qu'elles sont garanties par le contrat, les pièces justificatives de ces dépenses, à savoir, mais sans s'y limiter, la facture originale et la preuve de paiement et les informations cliniques, soient rédigées en portugais, en anglais, en français ou en espagnol ;
- f) Présenter, dans un délai maximum de 90 (quatre-vingt-dix) jours à compter de la date de réalisation de l'acte médical en question, les pièces justificatives des frais engagés, à savoir, mais pas exclusivement, la facture originale et la preuve de paiement ainsi que les renseignements cliniques, lesquelles devront impérativement indiquer le nom de la personne assurée à laquelle ils se rapportent, détailler les services fournis et la spécialité médicale dont ils relèvent, et obéir aux normes légales en vigueur, notamment en matière fiscale ; Lorsqu'il s'agit de dépenses liées à de la chirurgie ou à de la petite chirurgie, le document fiscal doit expressément détailler et individualiser les montants correspondant aux honoraires médicaux, au bloc opératoire, aux médicaments et autres consommables, et il doit également être accompagné de la note d'honoraires médicale correspondante.
- g) Le délai fixé au point précédent est porté à 180 (cent quatre-vingts) jours lorsque les frais ont été préalablement ou partiellement pris en charge par un autre assureur, dans le cadre du régime complémentaire, auquel cas,

- La personne assurée doit d'abord présenter une demande de remboursement des

frais auprès

du sous-système ou de l'assureur antérieur. La MGEN rembourse la personne assurée après la prise en charge de ce dernier ou sur copie certifiée conforme.

- La personne assurée doit présenter à la MGEN une photocopie de la prescription médicale et du justificatif des frais engagés, ainsi qu'un justificatif original de la part des frais non remboursée en vertu du sous-système ou du contrat d'assurance précédemment activé.

2. Lorsque la personne assurée utilise le réseau conventionné sans s'identifier à l'aide de sa carte de santé, le régime de remboursement s'applique aux dépenses, dans les conditions et limites prévues par la police ;
3. Outre les obligations susmentionnées, le preneur d'assurance ou la personne assurée doit également, en cas de sinistre :
 - a) Informer la MGEN sur les circonstances et les conséquences de la maladie ou de l'accident ;
 - b) Respecter les prescriptions auquel il ou elle a fait appel ;
 - c) Se soumettre aux examens pratiqués par les médecins désignés par la MGEN s'ils le jugent nécessaire.
4. La personne assurée doit également demander une préautorisation aux services médicaux de la MGEN dans les cas suivants :
 - a) Frais couverts en vertu des conditions spéciales "Hospitalisation" et "Accouchement" ;
 - b) Frais de transport vers un hôpital ou une clinique à l'étranger ;
 - c) Frais de soins, d'examens et autres actes médicaux résultant de maladies graves, de maladies chroniques, de maladies ou de lésions préexistantes, ainsi que de maladies causées par des malformations congénitales ;
 - d) Tout acte médical effectué en vertu du point b) du paragraphe 2 de l'article 26 des conditions générales ;
 - e) Tout acte médical résultant de l'extension territoriale des garanties du contrat, dans les conditions et selon le ou les plafonds fixés aux conditions particulières du contrat, si celles-ci le prévoient.
5. 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.
6. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée s'engagent à prendre toutes les mesures afin d'éviter ou au moins atténuer l'aggravation des conséquences de l'accident ou de la maladie.

7. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée autorisent la MGEN à fournir aux prestataires du réseau conventionné et d'assistance médicale toutes les informations, même de nature confidentielle, pertinentes et nécessaires à la poursuite du contrat.
8. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée autorisent les médecins et hôpitaux auxquels ils ont eu recours à fournir au médecin responsable des services médicaux de la MGEN les rapports cliniques et tout autre document qu'il demanderait durant la procédure d'assistance à la personne assurée.

ARTICLE 24 - Remboursement

1. La MGEN s'engage à procéder avec diligence et promptitude à toutes les vérifications indispensables au bon règlement des sinistres.
2. En cas de prestations remboursables, la MGEN verse les sommes dues dans un délai de 15 (quinze) jours ouvrés à compter de la réception des demandes de remboursement dûment accompagnées des justificatifs nécessaires au règlement du sinistre
3. Les paiements dus par la MGEN seront effectués au Portugal et en euros.
4. Si les dépenses engagées par la personne assurée ont été effectuées dans une devise étrangère, la conversion en euros se fera au taux de change publié par la Banque du Portugal le jour où les dépenses ont été engagées.

CHAPITRE VI - DISPOSITIONS FINALES

ARTICLE 25 - Complémentarité

En cas de complémentarité entre le contrat et d'autres systèmes de protection, le total des prises en charge versées par d'autres organismes/caisses et par la MGEN ne peut en aucun cas dépasser le montant réel des dépenses engagées par le preneur d'assurance et/ou la personne assurée.

ARTICLE 26 - Étendue territoriale

1. Le contrat est valable au Portugal continental ainsi que dans les régions autonomes des Açores et de Madère.
2. Le contrat est valable à l'étranger si l'une des conditions suivantes est réunie :
 - a) En cas d'accident ou de maladie soudaine, lorsque la personne assurée se trouve à l'étranger pour une durée n'excédant pas 90 (quatre-vingt-dix) jours ;
 - b) Pour tout traitement à l'étranger, à condition qu'une entité médicale, désignée par la MGEN, atteste l'impossibilité de réaliser le traitement 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 prestataire du réseau conventionné à l'étranger pour la réalisation d'actes médicaux auxquels la personne assurée doit être soumise, le paiement des prestations d'assurance est effectué en régime de remboursement lorsque la police d'assurance le prévoit.

ARTICLE 27 - Communications et notifications entre les parties

1. Les communications ou notifications à réaliser entre les parties dans le cadre du présent contrat doivent être envoyées par écrit ou par tout autre moyen archivé durablement, à la dernière adresse postale ou électronique du preneur d'assurance et de la MGEN figurant dans le présent contrat.
2. Tout changement d'adresse du preneur d'assurance doit être communiqué à la MGEN dans les 30 (trente) jours qui suivent, faute de quoi toutes les communications et notifications envoyées à l'ancienne adresse seront réputées valables.
3. Tout changement d'adresse électronique du preneur d'assurance doit être communiqué à la MGEN à la date du changement, faute de quoi 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 découlant du contrat prescrivent dans un délai de 5 (cinq) ans à compter de la date à laquelle le titulaire en a pris connaissance, sans préjudice de la prescription ordinaire à compter du fait générateur

ARTICLE 29 - Subrogation

Après paiement des frais engagés au titre du Contrat, la MGEN est subrogée dans les droits de la personne assurée contre les tiers responsables du sinistre, à concurrence du montant payé, et ladite personne assurée doit s'abstenir de tout acte ou omission de nature à compromettre la subrogation, sous peine d'être tenu à des dommages-intérêts.

ARTICLE 30 - Protection des données

1. En vertu du présent contrat, la MGEN est la responsable de la collecte et du traitement des

données à caractère personnel de la personne assurée et du preneur d'assurance ou de leurs représentants. L'identification du délégué à la protection des données désigné par la MGEN, dont l'adresse électronique est la suivante protecaodedados@mgen.pt est disponible sur le site www.mgen.pt.

2. Les données collectées et traitées sont celles strictement nécessaires à l'exécution du contrat et de chaque adhésion individuelle, ainsi qu'à la gestion de la relation contractuelle avec le preneur d'assurance ou ses représentants et la personne assurée, y compris, notamment, les données d'identification, les données de contact, les données de santé et les données professionnelles les concernant.

La collecte et le traitement des données susmentionnées constituent une condition nécessaire à la conclusion du contrat et à l'adhésion de la personne assurée, et le fait de ne pas les fournir, ou de les fournir de manière incomplète ou incorrecte, empêche la signature du contrat ou d'y adhérer.

3. La MGEN traite les données à caractère personnel de la personne assurée et du preneur d'assurance ou de leurs représentants pour les finalités suivantes :
 - a) Analyse du risque par la MGEN avant acceptation de l'adhésion de la personne assurée (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 le titulaire des données à caractère personnel est Partie) ;
 - c) Facturation et paiement (fondements juridiques : exécution du contrat auquel le titulaire des données à caractère personnel est Partie et poursuite des intérêts légitimes de la MGEN) ;
 - d) Information sur les services et/ou produits de la MGEN (marketing), par tout moyen de communication, y compris les médias électroniques (base juridique : consentement du titulaire des données à caractère personnel) ;
 - e) Le cas échéant, enquêtes d'opinion pour évaluer la qualité du service de la MGEN (base juridique : consentement du titulaire des données à caractère personnel) ;
 - f) Statistiques (uniquement sur la base de données anonymisées) (base juridique : poursuite des intérêts légitimes de la MGEN) ;
 - g) Le cas échéant, enregistrement des appels téléphoniques effectués dans le cadre de la relation contractuelle (base juridique : consentement du titulaire des données à caractère personnel) ;
 - h) De manière générale, respect des obligations légales ou réglementaires auxquelles la

MGEN est soumise et poursuite des intérêts légitimes de la MGEN ou de tiers (base juridique : respect de l'obligation légale et poursuite des intérêts légitimes de la MGEN).

4. En vertu de la législation applicable, la MGEN peut transmettre ou communiquer les données à caractère personnel de la personne assurée et du preneur d'assurance ou de leurs représentants 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 est indispensable au respect d'une obligation légale ou réglementaire à laquelle la MGEN est soumise ou au cas où elle s'avère nécessaire à la poursuite des intérêts légitimes de la MGEN ou d'un tiers, dans les conditions prévues par la loi.

À la date d'établissement du contrat, la MGEN peut transmettre/communiquer des données à caractère personnel de la personne assurée et du preneur d'assurance ou de leurs représentants 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 pension, autres autorités de régulation et de supervision, tribunaux, organismes publics et/ou entités sous-traitants de la MGEN en charge du traitement des données à caractère personnel de la personne assurée et du preneur d'assurance ou de leurs représentants au nom et pour le compte de la MGEN.

5. La personne assurée et le preneur d'assurance ou leurs représentants déclarent et garantissent expressément que la transmission à la MGEN et le traitement ultérieur par la MGEN des données à caractère personnel qu'ils ont fournies ou fourniront aux fins de l'exécution du présent contrat ont été dûment consentis par leurs propriétaires respectifs.
6. La MGEN ne transfère pas de données à caractère personnel de la personne assurée et du preneur d'assurance ou de leurs représentants à des pays tiers ou à des organisations internationales situés en dehors de l'Espace économique européen.
7. La personne assurée et le preneur d'assurance ou leurs représentants 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.
8. Sans préjudice de toute 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 de paiement, ainsi que toute autre donnée nécessaire à la bonne exécution du contrat, sont conservées par la MGEN

pendant toute la durée du contrat, et peuvent être conservées 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 à des fins de marketing et d'enquêtes d'opinion seront conservées jusqu'au retrait du consentement du titulaire ;

9. 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.

La personne assurée et le preneur d'assurance ou leurs représentants 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 envoyée à cette adresse électronique protecaodedados@mgen.pt.

10. Les titulaires de données à caractère personnel se voient garantir un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données à caractère personnel, ainsi qu'un droit d'opposition et de limitation du traitement de ces mêmes données à caractère personnel, dans les conditions légalement applicables, auquel cas les personnes concernées doivent contacter la MGEN par écrit à l'adresse électronique suivante protecaodedados@mgen.pt ou par courrier à l'adresse suivante Rua Duque de Palmela n.º 11, R/C, 1250-097 Lisboa.

Les personnes concernées ont également le droit d'introduire des réclamations concernant le traitement de leurs données auprès de la Commission nationale de la protection des données (Comissão Nacional de Proteção de Dados).

11. Lorsque le traitement des données est effectué uniquement sur la base du consentement de la personne assurée et du preneur d'assurance ou de leurs représentants, ceux-ci ont le droit de retirer leur consentement à tout moment.

Néanmoins, le retrait du consentement ne compromet pas la légalité du traitement des données à caractère personnel de la personne assurée et du preneur d'assurance ou de leurs représentants effectué sur la base du consentement précédemment donné par la personne concernée.

La personne assurée et le preneur d'assurance ou leurs représentants ont également le droit de s'opposer, à tout moment, au traitement de leurs données personnelles à des fins de marketing direct.

12. 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
 Gestion des réclamations
 Rua Duque de Palmela n.º 11,
 R/C 1250-097 Lisboa.
2. En cas de désaccord 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 contrat est régi par le droit portugais.
2. Les litiges résultant de l'interprétation et de l'application du présent contrat sont réglés de préférence d'un commun accord entre les parties.
3. À défaut d'accord, les litiges découlant du présent contrat seront tranchés par voie judiciaire et les parties peuvent, par écrit, opter pour l'arbitrage. La compétence territoriale est celle définie par la loi de procédure civile applicable à l'exécution des obligations.

CONDITIONS SPÉCIALES

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

ARTICLE 1 - 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 énumérés ci-dessous, à condition qu'ils soient engagés en milieu hospitalier et avec hospitalisation :
 - 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, lorsqu'elle fait suite à un épisode d'urgence, survenant pendant la durée du contrat, qui nécessite des soins urgents et une hospitalisation ou une maladie grave ;
- e) Forfaits journaliers de la personne assurée ;
- f) Infirmière non particulière ;
- g) Consultations et examens médicaux lorsqu'ils sont prescrits et réalisés pendant l'hospitalisation ;
- h) Médicaments administrés pendant 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'article 6 des présentes conditions spéciales ;
- r) Utilisation de moyens de robotique à la suite d'une maladie grave ou lorsque cela est cliniquement approprié ;
- 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 à destination et en provenance d'un hôpital ou d'une clinique, pour autant que l'état de la personne assurée le justifie.

2. L'ensemble des frais médicaux visés aux points k) à p) ne sont pris en charge qu'à concurrence de 10 % du capital hospitalisation indiqué dans les 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 au sein du réseau de prestataires, auront un reste à charge de 10 % par boîte qui sera supporté par la personne assurée.

4. Les frais médicaux mentionnés au paragraphe r) sont pris en charge jusqu'à concurrence de 2 500 € (deux mille cinq cents euros) par sinistre.
5. Le paiement des frais de petite chirurgie est garanti par la présente condition spéciale même si elle a lieu en milieu non hospitalier.
6. 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.
7. Les honoraires chirurgicaux garantis au titre de la présente condition spéciale sont limités aux montants résultant du produit entre la valeur de "K" indiquée dans les conditions particulières du contrat et le nombre de "K" prévu pour chaque acte médical dans le Code de nomenclature et de la valeur relative des actes médicaux ou équivalent.
8. 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 ayant donné lieu à l'hospitalisation dans le cadre duquel la caution est due n'est pas couvert par le contrat. Cette procédure ne s'applique qu'au réseau d'hôpitaux membres pour lequel elle est conventionnée.
9. 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.
10. Les frais de confort personnel, tels que téléphone, location d'une télévision, etc., ne sont pas pris en charge.
11. 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 1 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 dans les conditions particulières du contrat, la prise en charge des frais inhérents aux services médicaux nécessaires énumérés ci-dessous, qui ne nécessitent pas les moyens et services spécifiques inhérents au milieu hospitalier, même s'ils y sont réalisés :
 - a) Les honoraires de médecins généralistes, y compris les consultations de voyageurs, ainsi que d'autres spécialités médicales, à condition 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 un médecin et effectués par un spécialiste légalement habilité ;
 - e) Kinésithérapie prescrite par le médecin ;
 - f) Ozonothérapie prescrite par le médecin au moyen d'un rapport médical justificatif, datant de moins de douze mois ;
 - g) Honoraires de consultations de psychologie, à condition qu'elles soient effectuées par des professionnels inscrits à l'Ordre des psychologues ;
 - h) Séances de psychothérapie, à condition qu'elles soient effectuées par un médecin ou un psychologue inscrit à l'Ordre des psychologues, ayant reçu une formation spécifique ;
 - i) Soins infirmiers réalisés en hôpital ou en clinique ;
 - j) Transport terrestre en ambulance à destination et en provenance d'un hôpital ou d'une clinique au Portugal, à condition que l'état de la personne assurée le justifie ;
 - k) Transport à destination d'un hôpital ou d'une clinique à l'étranger, à condition que l'état de la personne assurée le justifie ;
 - l) Médecines alternatives, notamment l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie, la naturopathie et la chiropractie, lorsqu'elles sont pratiquées par des médecins ou des techniciens jouissant d'une autonomie déontologique reconnue ;
 - m) Frais liés aux méthodes contraceptives prescrites, à l'exception des contraceptifs oraux, qui sont pris en charge par la couverture médicaments.
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, conformément 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 d'acquisition et de pose, le cas échéant, de méthodes contraceptives prescrites seront pris en charge à hauteur de 40 € (quarante euros) par année d'assurance.
 4. Les honoraires médicaux garantis dans la présente condition spéciale sont limités aux montants résultant du produit entre la valeur de "K" indiquée dans les conditions particulières du contrat et le nombre de "K" prévu pour chaque acte médical dans le Code de nomenclature et de la valeur relative des actes médicaux ou équivalent.
 5. Les consultations médicales ne sont pas limitées.

6. Sans préjudice de ce qui est indiqué au paragraphe précédent, il est nécessaire de présenter un rapport médical, datant de moins de douze mois, qui justifie, pour des raisons de pathologie avérée, sa réalisation dans les cas suivants :
 - a) Dermatologie ou chirurgie vasculaire, à partir de la 4^e (quatrième) consultation ;
 - b) Psychiatrie, à partir de la 7^e (septième) consultation individuelle ou de la 13^e (treizième) consultation de groupe incluse.
7. Bien qu'elle ne soit pas reconnue comme une spécialité par l'Ordre des Médecins, cette condition spéciale garantit un maximum de 6 séances de suivi psychologique par année d'assurance, couvrant à la fois les consultations de psychologie et les séances de psychothérapie.

À partir de la 6^e séance de suivi par année d'assurance, les frais seront pris en charge sur présentation d'un rapport médical, datant de moins de douze mois, justifiant la poursuite des séances.
8. La médecine physique et de réadaptation, à savoir la rééducation, l'ergothérapie, la thérapie cognitive, l'orthophonie et la kinésithérapie, sont garanties 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, datant de moins de douze mois, justifiant 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 rapport médical datant de moins de douze mois.
9. Sans préjudice des dispositions des paragraphes 6 et 7 précédents, dans les limites prévues aux 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 dans les 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'article 1er 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, optométriste ou un orthoptiste, dans le cadre de laquelle la prothèse ou l'orthèse s'avère médicalement nécessaire :
- a) Montures de lunettes si elles sont achetées avec les verres correcteurs ;
 - b) Verres correcteurs ;
 - c) Lentilles de contact correctrices ;
 - d) Autres prothèses ou orthèses auditives, oculaires et orthopédiques ;
 - e) Achat ou location de fauteuils roulants, lits articulés, béquilles, appareils de CPAP et de ventilothérapie ;
 - 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 de contact 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, bandages, bandelettes pour diabétiques, poches de colostomie et d'urostomie, seringues ou aiguilles, tapis et coussins anti-escarres, couches, poches de rétention d'urine, sonde urinaire, bandage herniaire, gaines, colliers cervicaux, attelles, déambulateurs, immobilisateurs articulaires ou autres frais assimilés, ni les soutiens-gorge, les perruques ou autres prothèses capillaires 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 particulières du contrat, le remboursement des frais engagés pour les médicaments, vitamines et sels minéraux liés à une maladie manifestée, ainsi que les vaccins pour la prévention de maladies. Ces frais font l'objet d'un remboursement s'ils sont enregistrés auprès de l'Infarmed, prescrits par un médecin et exclusivement destinés au traitement de la personne assurée.
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 des dispositifs médicaux, tels que définis par Infarmed, à condition qu'ils soient prescrits par un médecin et préalablement pris en charge par le système national de santé.
4. Les frais concernant les vitamines et sels minéraux seront remboursés sur présentation d'une prescription médicale et d'un rapport médical datant de moins de douze mois qui, en raison

d'une pathologie avérée, justifie leur utilisation.

5. Les produits pharmaceutiques manipulés et les produits dermo-cosmétiques ne sont pas inclus dans cette condition spéciale.

ARTICLE 6 - Accouchement

1. Cette condition spéciale, intégrée à la couverture Hospitalisation garantit, dans les conditions et selon le ou les plafonds fixés dans les conditions particulières du contrat, la prise en charge des frais suivants liés à l'accouchement (normal ou par césarienne) ou à l'interruption de grossesse :
 - a) Honoraires médicaux et de soins infirmiers ;
 - b) Salle d'opération, instruments et matériel utilisé ;
 - c) Examens médicaux ;
 - d) Médicaments administrés à la personne assurée lors d'une hospitalisation ;
 - e) Forfait journalier de la parturiente ;
 - f) Forfait journalier du nouveau-né,
 - g) Soins intensifs de néonatalogie ;
 - h) Transport terrestre en ambulance vers un hôpital ou une clinique au Portugal.
2. L'étendue de la couverture de la présente condition spéciale cesse au moment de l'autorisation de sortie de la parturiente ; sont incluses dans cette couverture toutes complications ou événements indésirables postérieurs à la sortie d'hôpital et résultant de l'accouchement.
3. Les soins ultérieurs du nouveau-né doivent être couverts par la souscription d'une police conforme aux conditions générales en vigueur.
4. En cas d'accouchement à domicile, la présente condition spéciale garantit, dans les conditions et selon le ou les plafonds fixés dans les conditions particulières du contrat, la prise en charge des honoraires médicaux et de soins infirmiers y afférents.
5. Les honoraires chirurgicaux garantis dans la présente condition spéciale sont limités aux montants résultant du produit entre la valeur de "K" indiquée dans les conditions particulières du contrat et le nombre de "K" prévu pour chaque acte médical dans le Code de nomenclature et de valeur relative des actes médicaux ou équivalents.
6. Les frais d'accompagnement ou tous autres frais de confort ne sont pas couverts.
7. 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 - Indemnité journalière d'hospitalisation

1. Cette condition spéciale, lorsqu'elle est souscrite, garantit, dans les conditions et le ou les

plafonds fixés dans les conditions particulières, le versement d'une indemnité journalière, à concurrence de 30 (trente) jours pour chaque sinistre, en cas d'hospitalisation de la personne assurée dans un hôpital ou une clinique au Portugal, lorsqu'elle survient pendant la durée du contrat.

2. Le versement de cette indemnité s'effectue dans le cadre du régime des prestations remboursables.
3. L'indemnité journalière est versée après l'envoi à la MGEN du bulletin de sortie mentionnant le motif de l'hospitalisation ainsi que les dates de début et de fin.
4. Lorsque les conditions particulières prévoient l'application d'une franchise, celle-ci est appliquée par sinistre.

ARTICLE 8 - Accès au réseau Bien-être

1. Lorsqu'elle est souscrite et en vertu des termes établis dans les conditions particulières, cette condition spéciale garantit l'accès au réseau Bien-être dans les conditions établies et préalablement convenues avec les prestataires du réseau conventionné qui y en font partie et qui couvrent :
 - a) Médecines alternatives (acupuncture, homéopathie, ostéopathie, chiropraxie, naturopathie, shiatsu) ;
 - b) Cures thermales ;
 - c) Salles de sport et centres de remise en forme ;
 - d) Spas ;
 - e) Consultations de nutrition ;
 - f) Parapharmacies ;
 - g) Podologie ;
 - h) Préparation à l'accouchement ;
 - i) Psychologie ;
 - j) Thalassothérapie ;
 - k) Orthophonie ;
 - l) Hygiène bucco-dentaire ;
 - m) Opticiens ;
 - n) Autres prestations proposées par le réseau.
2. Il appartient à la personne assurée de choisir le prestataire du réseau Bien-être, ainsi que de régler les honoraires conventionnés avec ce dernier.

3. Aucun délai de carence n'est appliqué à cette condition spéciale.

ARTICLE 9 - Accès au réseau HNA Espagne

1. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, dans les termes fixés dans les conditions particulières du contrat, la prise en charge des frais engagés en Espagne suivants :
 - a) Frais d'hospitalisation, lorsqu'ils sont 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 liés à l'accouchement ;
 - b) Ne s'applique pas aux frais de santé garantis au titre de la condition spéciale « Hospitalisation » lorsque, 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 comme suit:
 - a) Les frais engagés au titre des conditions spéciales « Hospitalisation » et de « 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 dans le cadre de consultations ou d'actes médicaux réalisés au titre 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 au titre de la condition spéciale « Hospitalisation » ;
- b) Chirurgies ambulatoires ;
- c) Soins ambulatoires en milieu hospitalier ;
- d) Angioscopie en fluorescence et rétinographie ;

- e) IRM / SCANNER / TEP ;
- f) Diagnostic cardiologique ;
- g) Échocardiogramme, Holter, Ergométrie et Doppler ;
- h) Analyses cliniques (notamment caryotypes) ;
- i) Examens anatomopathologiques spéciaux ;
- j) Extraction de grains de beauté, de kystes et de naevus en consultation ;
- k) Kinésithérapie ;
- l) Radiologie vasculaire ;
- m) Radiothérapie ;
- n) Chimiothérapie et cobalthérapie ;
- o) Toutes les techniques de neurophysiologie ;
- p) Isotopes radioactifs.

ARTICLE 10 - Bilan de santé

Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, dans les termes fixés aux conditions particulières du contrat, la réalisation tous les 2 (deux) ans par la personne assurée d'un bilan de santé composé de :

- 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) Glucose ;
- 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 à 12 dérivations avec interprétation et compte-rendu ;

- r) Radiographie du thorax, des poumons et du cœur (1 incidence) ;
- s) Mammographie - 4 incidences, 2 de chaque côté (pour les personnes assurées de plus de 35 (trente-cinq) ans) ;
- t) Antigène prostatique = SPA (RIA/EIA)=PSA (pour les personnes assurées de plus de 35 (trente-cinq) ans).

ARTICLE 11 - Deuxième avis médical international

1. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, dans les termes fixés aux conditions particulières du contrat, la mise à disposition de la personne assurée 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) Accompagnement par le médecin coordinateur (*case manager*) avant et après l'envoi du rapport de deuxième avis médical international ;
 - c) Recueil de toutes les informations médicales nécessaires ;
 - d) Analyse du dossier de la personne assurée par un spécialiste de renommée internationale et émission d'un deuxième avis sur le diagnostic de la maladie et/ou des traitements médicaux adaptés à cette dernière ;
 - e) Envoi du rapport du deuxième avis médical international à la personne assurée.
 - f) Compte rendu détaillé, en portugais, sur le cas clinique de la personne assurée, qui comprendra les éléments suivants :
 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 ;
3. Pour faire usage de cette condition spéciale, la personne assurée doit contacter la Ligne Adhérent par téléphone au 211 155 860 (appel sur le réseau fixe national) ou via le site www.mgen.pt/ajuda.
4. Pour utiliser convenablement ce service, la personne assurée doit fournir toute la documentation médicale dont elle dispose et demandée 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.

5. Sont exclus de cette condition spéciale :
 - a) Toute demande de deuxième avis médical international dont la MGEN estime qu'elle ne relève pas d'un service de deuxième avis médical international, tel que visé au paragraphe 1 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.
6. 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 toute autre personne ou entité des informations contenues dans la réponse à la demande de deuxième avis médical international. Sont donc exclus tout dommage et perte découlant directement ou indirectement de l'avis des médecins et/ou professionnels consultés.
7. Aucun délai de carence n'est appliqué à cette condition spéciale.

ARTICLE 12 - Accès au réseau de prévention dentaire

1. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, en vertu des termes fixés aux conditions particulières du contrat, l'accès à un réseau de prévention dentaire constitué de prestataires de soins dentaires dénommé Dentinet, dans les conditions établies et pré-conventionnées avec le réseau de prestataires.
2. Les actes médicaux garantis au sein du réseau de prévention dentaire sont les suivants :
 - a) Première consultation de médecine dentaire ;
 - b) Consultation de médecine dentaire ;
 - c) Consultation de présentation et de discussion du programme thérapeutique ;
 - 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) Retrait des sutures ;
 - o) Détartrage bimaxillaire (y compris le polissage dentaire) ;
 - p) Détartrage maxillaire (y compris le polissage dentaire) ;
 - q) Détartrage mandibulaire (y compris le polissage dentaire) ;
 - 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 indication contraire et sans préjudice des exclusions prévues dans les conditions générales du contrat, les frais suivants sont exclus de la présente condition spéciale :
- a) Utilisation de matériaux précieux ;
 - b) Actes médicaux non prévus dans la condition spéciale d'accès au réseau de prévention dentaire.
5. Aucun délai de carence n'est appliqué à cette condition spéciale.

ARTICLE 13 - Télémédecine et consultation à domicile

1. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, en vertu des termes fixés aux conditions particulières du contrat, à la personne assurée l'accès à un ensemble de services de télémédecine 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 au titre du régime des prestations conventionnées (réseau), selon les plafonds fixés dans les conditions particulières du contrat, et sous réserve que les prestations soient demandées par la personne assurée à la MGEN en téléphonant au 211 155 860, et qu'elles puissent concerner les prestations listées ci-dessous.
- a) Consultation médicale par téléphone, qui garantit à la personne assurée des consultations téléphoniques avec un médecin spécialisé en médecine générale et familiale.
 - b) Consultation médicale par visioconférence qui garantit à la personne assurée des consultations par visioconférence avec un médecin ou un professionnel de santé spécialisé dans le domaine en question (un lien hypertexte permettant d'établir le contact vidéo avec le médecin/professionnel de santé 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 lors de la visite à domicile, le médecin estime qu'il s'agit d'une situation urgente, auquel cas le coût du transport sera à la charge de 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 23 heures le jour même ou le lendemain, sauf le dimanche.

Le coût des médicaments est pris en charge par la MGEN sous la forme d'un remboursement, à condition que la condition spéciale Médicaments soit souscrite et indiquées dans les conditions particulières du contrat.

- 2. Les garanties prévues aux points a) à c) ci-dessus sont limitées à une utilisation quotidienne.
- 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 elle 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 est âgée de moins de 18 (dix-huit) ans, les services doivent être demandés par son représentant légal.
- 5. Si le médecin estime qu'il ne dispose pas de suffisamment d'informations pour émettre un avis motivé, il peut orienter la personne assurée vers le service médical qu'il juge le plus approprié.
- 6. Dans le cadre de la présente condition spéciale, la MGEN ne peut être tenue responsable des diagnostics posés par les médecins.
- 7. La couverture de médecine en ligne et à domicile est soumise au délai de carence, prises en charge, remboursements, capitaux assurés, franchises et restes à charge prévus dans les conditions générales et les conditions particulières du contrat.

ARTICLE 14 - 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 en dehors du Portugal continental et des régions autonomes des Açores et de Madère ;
 - b) Conseiller médical personnel : Professionnel de santé nommé par la MGEN en tant que

responsable 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 en dehors du Portugal et sélectionnés par l'équipe de la MGEN désignée pour gérer la couverture sur la base de son réseau international de spécialistes ; les centres situés en dehors du Portugal qui offrent les meilleures alternatives de soins pour la personne assurée, après le diagnostic de la maladie dont elle souffre.

La personne assurée, ou les membres de sa famille si elle n'est pas en mesure de la recevoir et dans ce cas avec son autorisation, recevra un rapport avec une proposition des centres sélectionnés comme étant les meilleures alternatives internationales 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, sauf au stade TIS (cancer in situ) ;
- ii) Neurochirurgie, considérée aux fins de la présente condition spéciale comme toute intervention chirurgicale sur le crâne ou la structure intracrânienne ;
- iii) Pontage coronarien (revascularisation du myocarde), traitement chirurgical impliquant une opération à cœur ouvert et le recours à un pontage pour corriger au moins deux artères coronaires sténosées ;
- iv) Chirurgie des valves cardiaques ;
- v) Greffe d'organes, y compris la greffe de moelle osseuse résultant d'une perte irréversible de leur fonction.

2. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, en vertu des termes fixés dans les conditions particulières du contrat, le paiement sous la forme de prestations remboursables, des soins de santé dispensés en dehors du Portugal continental et des régions autonomes des Açores et de Madère du fait d'une maladie grave se manifestant après la souscription de la présente couverture, 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 sa mise en œuvre par la personne assurée et, en conséquence, à la sélection des centres internationaux par la MGEN ou par un 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 jugent appropriés 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 d'activer les garanties couvertes par la présente condition spéciale.
5. Lorsque la couverture prévue à la présente condition spéciale est souscrite, le contrat garantit les frais engagés par la personne assurée pour des diagnostics, traitements, prestations médicales, provisions ou prescriptions médicales considérés comme nécessaires sur le plan médical, dès lors qu'ils résultent ou sont la conséquence d'une des maladies graves ou situations cliniques visées au point d) du paragraphe 1 du présent article et dont les premiers symptômes seraient apparus pendant la période de 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 soins situés en dehors du territoire portugais et recommandés par la MGEN ou par un prestataire expressément désigné par la MGEN à cet effet.
7. L'application de la présente condition spéciale n'exclut pas l'application des dispositions des conditions générales et particulières du contrat, notamment, mais sans exclure aucune autre, des dispositions des articles 4 et 5 des conditions générales.
8. S'agissant des maladies graves ou des situations médicales couvertes par la présente condition spéciale, la MGEN garantit le paiement des frais mentionnés ci-dessous, selon les plafonds fixés dans les 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, y 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 des centres de chirurgie ambulatoire, à condition que le traitement, la chirurgicale ou la prescription soient couverts par la présente condition spéciale ;
 - c) Honoraires médicaux relatifs aux consultations ou traitements ;
 - d) Honoraires de consultations médicales effectuées sur la personne assurée pendant qu'elle est hospitalisée ;
 - e) Frais afférents aux prestations, traitements ou prescriptions médicales et chirurgicales

indiqués ci-après :

- i) Anesthésie et son administration lorsqu'elle a été réalisée par un médecin anesthésiste ;
 - ii) Examens de pathologie clinique, d'anatomie pathologique, d'imagerie 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 pendant que la personne assurée est hospitalisée ou après sa sortie, pour une durée maximale de 30 (trente) 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 lorsque 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, dans une chambre simple d'un hôtel ou équivalent.
9. Sans préjudice des exclusions prévues aux conditions générales du contrat, 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 non prévue au point d) du paragraphe 1 de la présente condition spéciale ;
 - b) Tout frais engagé en dehors des centres de traitement internationaux approuvés par la MGEN ;
 - c) Tout type de prothèse ou d'orthèse, même si son utilisation est considérée comme nécessaire pendant le traitement par chimiothérapie, à l'exception des prothèses mammaires à la suite d'une mastectomie ;
 - d) Frais concernant l'achat ou la location de fauteuils roulants, lits spéciaux, appareils de climatisation, purificateurs d'air et de tout autre article ou équipement similaire ;

- 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) Toute greffe d'organes ou de tissus dans les cas où :
 - i) La personne assurée est elle-même un donneur ;
 - ii) La nécessité d'une 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 ;
 - iv) Il n'y a pas de donneur compatible disponible.
 - g) Tout frais engagé avant l'approbation par l'assureur du choix du centre de traitement où la personne assurée doit subir un traitement approprié pour la maladie dont elle souffre ;
 - h) Tout frais engagé dans un centre de traitement non autorisé ou ne figurant pas dans la sélection des centres de traitement approuvée par l'assureur ;
 - i) Tout frais engagé en rapport direct avec le diagnostic, le traitement, la prestation ou la prescription médicale de toute nature effectué(e) sur le territoire portugais ;
 - j) Tout frais engagé sans respecter les procédures définies dans les paragraphes suivants du présent article ;
 - k) Tout frais engagé en rapport direct avec le diagnostic, le traitement, la prestation ou la prescription médicale de toute nature réalisée dans n'importe quel pays, lorsque la personne assurée vit en dehors du Portugal pendant plus de 90 (quatre-vingt-dix) jours au cours d'une période de 12 (douze) mois ;
10. Si la personne assurée est atteinte d'une maladie grave susceptible d'activer les garanties de la présente condition spéciale, la personne assurée ou toute personne agissant en son nom doit se conformer à la procédure suivante avant de débiter tout traitement, prestation ou prescription médicale qu'elle souhaiterait demander au titre de la présente condition spéciale :
- a) Déclaration de sinistre : La personne assurée, ou toute personne agissant en son nom, doit contacter la ligne MGEN au numéro 211 155 860 dès que possible afin de déclarer le possible sinistre et demander le service de sélection des centres internationaux.
- La personne indiquée au paragraphe précédent est informée par la MGEN des démarches nécessaires à l'analyse du cas clinique, qui comprennent, en tout état de cause, 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 spéciale.

- b) Évaluation du sinistre : À l'issue de la sélection des meilleurs centres internationaux, le rapport d'un spécialiste est mis à la disposition de la personne assurée et il lui est confirmé par la ligne MGEN s'il s'agit d'une maladie grave entrant dans le champ d'application de la présente condition spéciale et, si tel est le cas et que la personne assurée choisit de se faire soigner en dehors 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 de centres de traitement recommandés en dehors du Portugal.
 - d) Sélection et confirmation du centre médical : Après confirmation, par écrit et 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, lorsque plusieurs options lui sont proposées, la MGEN ou le prestataire désigné par cette dernière à cet effet organise tous les préparatifs nécessaires à la bonne admission de la personne assurée dans le centre médical choisi afin de permettre à la personne assurée d'accéder 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 : Après validation et confirmation de l'acceptation du sinistre par la MGEN et après que le prestataire désigné par la MGEN pour gérer le sinistre a coordonné les soins, les prestations hospitalières et les médicaments prescrits dans le centre médical international choisi par la personne assurée, la MGEN prend en charge les frais engagés par la personne assurée dans les conditions et selon les plafonds et exclusions prévus dans la présente condition spéciale.
11. La personne assurée ou les membres de sa famille ou ses représentants légaux, doivent permettre la visite des 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. Le non-respect des obligations visées au paragraphe précédent vaut renonciation expresse au droit d'activer les 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 le prestataire chargé de la gestion de la couverture, un médecin peut être désigné pour accompagner la personne assurée pour un traitement effectué en dehors du Portugal continental et des régions autonomes des Açores et de Madère, dans un centre international.

14. La couverture du réseau médical international pour les maladies graves est soumise au délai de carence, prises en charge, remboursements, capitaux assurés, franchises et restes à charge prévus dans les conditions générales et les conditions particulières du contrat.

ARTICLE 15 - Prévention de la santé mentale et promotion de la qualité de vie au travail

1. Cette condition spéciale garantit à la personne assurée couverte par un contrat d'assurance Groupe Fermé un accès gratuit à une plateforme appelée Caring by Eutelmed, qui vise à fournir des outils numériques pour promouvoir le bien-être mental et l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, lui permettant d'accéder aux services suivants :
 - a) Auto-évaluation, qui garantit l'accès à des questionnaires mesurant les niveaux de stress, d'anxiété, de dépression, de dépendance et la qualité du sommeil, permettant d'évaluer le niveau de bien-être personnel et le besoin de soutien dans différentes dimensions clés de la vie de chacun ;
 - b) Sensibilisation, qui garantit l'accès à une plateforme de contenus sur les principaux thèmes liés à la prévention des risques psychosociaux et à la gestion de la qualité de vie au travail, à savoir des articles, des webinaires et des vidéos conçus par des spécialistes ;
 - c) E-Learning, qui garantit l'accès à un ensemble de modules d'apprentissage conçus pour améliorer les compétences et les pratiques dans le domaine de la prévention psychosociale et aidant à assumer le contrôle de son propre bien-être ;
 - d) Centre d'écoute, qui garantit un accès en direct, 24 (vingt-quatre) heures sur 24, 7 (sept) jours sur 7, à un psychologue expérimenté qui fournira un soutien psycho-émotionnel et des conseils psychologiques.
2. Les services visés au paragraphe précédent ne constituent pas une évaluation formelle, des conseils ou des soins médicaux et toute situation nécessitant une intervention médicale n'entre pas dans le champ d'application de ces prestations, qui ne peuvent en outre en aucun cas être considérées comme, ou constituer, un substitut à un traitement médical individuel ou à une prestation médicale institutionnelle.
3. Pour accéder à ce service, la personne assurée doit utiliser un code d'activation permettant

d'accéder à la plateforme, qui lui est envoyé via l'adresse électronique enregistrée dans le contrat dont elle est titulaire.

4. Le code indiqué au paragraphe précédent permettra à la personne assurée d'accéder au site <https://caring.eutelmed.com> et de bénéficier ainsi de tous les services indiqués au paragraphe 1 du présent article, qui se dérouleront en toute confidentialité et anonymat, sauf dans les situations où la personne assurée ne reconnaît pas son état de santé et qui peuvent compromettre l'intégrité physique ou mentale de la personne assurée ou de tiers, auquel cas le professionnel garantissant le service appellera les services d'urgence médicale (service 112), chaque fois qu'il sera possible d'identifier et de localiser la personne assurée.
5. Si, en ce qui concerne le service visé au point d) du paragraphe 1 du présent article, le psychologue qui répond à l'appel identifie, à la fin de l'appel, la nécessité d'un suivi ultérieur de manière structurée, il doit donner son avis à la personne assurée, en lui indiquant qu'elle doit consulter les conditions contractuelles du contrat dont elle bénéficie, afin de connaître les possibilités de remboursement disponibles dans le cadre d'un suivi psychologique et psychothérapeutique.
6. Le responsable du traitement des données transmises via la plate-forme Eutelmed est l'organisme qui fournit les services visés au présent article (Eutelmed SAS (SIREN 52845366500036)).

ARTICLE 16 - Couverture MindCare

1. Lorsqu'elle est souscrite, cette condition spéciale garantit à la personne assurée, dans les conditions et selon le ou les plafonds fixés dans les conditions particulières du contrat, l'accès à des soins de santé mentale comprenant des téléconsultations de psychiatrie et/ou de psychologie, effectuées respectivement par un psychiatre et un psychologue inscrits à l'Ordre des Psychologues.
2. Cette condition spéciale garantit des téléconsultations, qui doivent être sollicitées par la personne assurée auprès de la MGEN via le numéro de téléphone 211 155 860, en psychiatrie générale et psychologie pour adultes, adolescents et enfants, ainsi que des interventions psychothérapeutiques cognitivo-comportementales. D'autres outils psychothérapeutiques peuvent également être utilisés, selon ce que le professionnel qui détermine leur utilisation juge approprié à chaque situation clinique.

Cette condition spéciale garantit 1 (une) téléconsultation d'évaluation psychologique pour les mineurs de moins de 16 (seize) ans ; toutefois, leur suivi ultérieur est soumis à l'appréciation du psychologue traitant, afin de garantir la protection de la personne assurée et les règles de bonne pratique clinique.

3. Cette condition spéciale est garantie au titre du régime des prestations conventionnées (réseau), selon les plafonds fixés dans les conditions particulières du contrat, et sous réserve que les prestations soient demandées par la personne assurée à la MGEN ou à une entité mandatée par cette dernière à cet effet, toujours sur rendez-vous préalable et en fonction de la disponibilité des prestations.
4. La présente condition spéciale n'est pas destinée aux situations d'urgence.
5. Cette condition spéciale ne comprend pas la thérapie de couple.
6. Dans le cadre de la présente condition spéciale, la MGEN ne peut être tenue responsable des diagnostics posés par les médecins psychiatres/psychologues impliqués dans la prestation des soins auxquels elle se réfère.
7. L'application de la présente condition spéciale n'exclut pas l'application des dispositions des conditions générales et particulières du contrat, notamment, mais sans exclure aucune autre, des dispositions des articles 4 et 5 des conditions générales, et les délais de grâce à appliquer sont décomptés à partir de la date de souscription de la présente couverture.
8. La présente condition spéciale est soumise aux délais de carence, aux prises en charge, aux capitaux assurés, aux franchises et aux restes à charge prévus dans les conditions générales et dans les conditions particulières du contrat.

ARTICLE 17 - Couverture complémentaire en cas de maladies graves au Portugal

1. La présente condition spéciale garantit un renforcement du capital souscrit pour les couvertures d'hospitalisation et de soins ambulatoires, selon le cas, lors de maladie grave survenant pendant la durée du contrat et après la souscription de cette couverture spécifique, dans les conditions et selon le ou les plafonds fixés dans les conditions particulières du contrat.
2. La présente condition spéciale garantit le paiement des frais inhérents aux services médicaux nécessaires, selon les mêmes termes que ceux prévus pour les couvertures d'hospitalisation et de soins ambulatoires, conformément aux articles 1er et 2 de la présente condition spéciale.
3. Aux fins des dispositions de la présente condition spéciale, on entend par :
 - a) Étendue territoriale : soins de santé dispensés au Portugal continental et dans les régions autonomes des Açores et de Madère ;
 - b) Maladies Graves, ne résultant pas d'un Accident, selon les termes définis au point z) de l'article

1. 1er des conditions générales du contrat.

4. Lorsqu'elle est souscrite, la présente condition spéciale garantit, en vertu des termes fixés dans les conditions particulières du contrat, le paiement sous la forme de prestations conventionnées au sein du réseau de prestataires de soins de santé au Portugal continental et dans les régions autonomes des Açores et de Madère du fait d'une maladie grave, telle que définie au point b) du paragraphe 3 de la présente condition spéciale.
5. L'application de la présente condition spéciale n'exclut pas l'application des dispositions des conditions générales et particulières du contrat, notamment, mais sans exclure aucune autre, des dispositions des articles 4 et 5 des conditions générales.
6. Lorsque cette couverture est souscrite après la signature du contrat, elle ne prend effet qu'à la date de renouvellement suivante, auquel cas le délai de carence est de 90 (quatre-vingt-dix) jours à compter de la date d'entrée en vigueur.
7. La couverture en cas de maladies graves au Portugal est soumise aux prises en charge, aux capitaux assurés, aux franchises et aux restes à charge prévus dans les conditions générales et dans les conditions particulières du contrat.

ARTICLE 18 - Couverture de la cryoconservation des cellules souches

1. Cette condition spéciale, lorsqu'elle est souscrite, dans les conditions et selon le ou les plafonds fixés dans les conditions particulières du contrat, garantit à la personne assurée l'accès au service de cryoconservation des cellules souches à partir du sang et du tissu du cordon ombilical d'un nouveau-né

(ci-après dénommé "bénéficiaire" dans la présente couverture), garantissant les frais suivants :

- a) Coût de l'activation du service, qui comprend les frais d'envoi du kit de prélèvement et le transport du kit contenant les échantillons jusqu'au laboratoire du fournisseur STEMLAB, S.A. (CRIOESTAMINAL);
 - b) Traitement, analyse et cryoconservation du sang et du tissu du cordon ombilical ;
 - c) Stockage des cellules prélevées pendant une période de 25 ans à compter de la date de début du stockage et du paiement de l'année d'assurance respective ;
2. Les conditions d'activation de la présente condition spéciale sont, de manière cumulative :
 - a) Que les parents soient des personnes assurées auprès de la MGEN à la date de naissance du bénéficiaire ;
 - b) Que les polices des parents garantissent la couverture accouchement et que le critère d'éligibilité soit rempli, selon les termes et aux fins des dispositions du paragraphe 7 de

l'article 6 des conditions spéciales ;

- c) Que le bénéficiaire soit inclus dans la police MGEN dans les 60 (soixante) jours suivant sa naissance.
3. Cette condition spéciale est garantie au titre du régime des prestations conventionnées (réseau), exclusivement disponible auprès du prestataire STEMLAB, SA (CRIOESTAMINAL) et à condition que les prestations soient demandées par la personne assurée à la MGEN en téléphonant au 211 155 860.
4. La présente couverture n'entre en vigueur qu'après la signature du contrat de prestation du service de cryoconservation du sang et du tissu du cordon ombilical et de stockage entre le bénéficiaire et le prestataire STEMLAB, SA (CRIOESTAMINAL), lequel régira les conditions de ladite prestation de services.
5. Cette couverture cesse automatiquement à la date à laquelle le bénéficiaire cesse d'être une personne assurée auprès de la MGEN. Toutefois, le bénéficiaire peut conserver ce service à titre privé, à ses frais, selon des modalités à convenir directement avec le prestataire.
6. Sans préjudice des conditions d'éligibilité énoncées au paragraphe 2 ci-dessus, la présente condition spéciale n'est soumise à aucun délai de carence, aucun ticket modérateur ou franchise, sauf si les conditions particulières du contrat en disposent autrement.