



CONDITIONS GENERALES


Assurance SANTÉ



VISA N°/DGTCP/DA/1224 DU 28/06/2017

Entreprise régie par le Code des Assurances

Société Anonyme avec Conseil d'Administration au capital de 1.000.000.000 FCFA

 www.stane.com

Tables des matières

1. Règles à observer	5
2. Définitions	5
2.1. Accident	5
2.2. Assuré	5
2.3. Barème	5
2.4. Bénéficiaire	5
2.5. Entente préalable	5
2.6. Examens coûteux	5
2.7. Maladie	5
2.8. Maternité	5
2.9. Prime	5
2.10. Ticket modérateur	5
2.11. Tiers payant	5
2.12. Délai de carence	5
2.13. Plafond	5
2.14. Enfant	5
2.15. Exclusion	5
3. Domaine d'application	5
3.1. Validité du contrat	5
3.2. Etendue territoriale	5
4. Prestations prises en charge	5
5. Dispositions générales	6
5.1. Conditions de souscription	6
5.2. Paiement des primes	6
5.3. Délai de carence	6
5.4. Entente préalable	6
5.5. Ce que nous excluons sauf mention contraire aux Conditions Particulières	6
5.6. Subrogation	7
5.7. Prescription	7



DESCRIPTIONS DU PRODUIT

Garantie	Que couvre-t-elle ?	Dans Quelle limite ?	Que faire En cas de sinistre ?
Les frais médicaux	Cette garantie couvre les frais de consultation, de soins et de visites médicales	Dans la double limite des tarifs contractuels et des plafonds aux conditions particulières.	Vous présenter avec votre carte d'assurance dans l'un des centres du réseau Tiers Payant médical de STANE. Si les frais ont été fait hors Tiers Payant, transmettre à STANE les prescriptions et les factures normalisées acquittées pour remboursement.
Les frais pharmaceutiques	Cette garantie couvre les frais de médicaments prescrits suite à une maladie ou un accident garanti.	Dans la limite des plafonds aux conditions particulières.	Vous présenter avec votre carte d'assurance et votre bon de consultation dans l'une des pharmacies du réseau Tiers Payant médical de STANE. Si les frais ont été fait hors Tiers Payant, transmettre à STANE les prescriptions et les reçus acquittés pour remboursement.
Les frais d'hospitalisation	Sont couverts les frais consécutifs à une hospitalisation médicale ou chirurgicale suite à une maladie ou un accident garanti. Sont pris en charge les visites, les examens, les soins, la chambre, les honoraires et les médicaments administrés pendant l'hospitalisation.	Dans la double limite des tarifs contractuels et des plafonds aux conditions particulières.	Vous présenter avec votre carte d'assurance dans l'un des centres du réseau Tiers Payant médical de STANE. Si les frais ont été fait hors Tiers Payant, transmettre à STANE les prescriptions et les factures normalisées acquittées pour remboursement.
Les examens médicaux	Cette garantie couvre les frais liés aux actes d'analyses, d'exploration et de radiologie en vue du diagnostic ou du traitement d'une maladie ou d'un accident garanti.	Dans la double limite des tarifs contractuels et des plafonds aux conditions particulières.	Vous présenter avec votre carte d'assurance et votre bulletin d'examen dans l'un des centres du réseau Tiers Payant médical de STANE. Les examens étant généralement soumis à une procédure d'entente préalable, le centre d'examen se chargera de faire la demande. Si les frais ont été fait hors Tiers Payant, transmettre à STANE les prescriptions et les factures normalisées acquittées pour remboursement.
Les frais de transport par ambulance	Cette garantie couvre le transport médicalisé d'urgence vers un centre de soins suite à une maladie ou à un accident garanti.	Dans la limite des plafonds aux conditions particulières.	Présenter votre carte d'assurance au prestataire du réseau Tiers Payant médical de STANE. Si les frais ont été fait hors Tiers Payant, transmettre à STANE les prescriptions et les factures

			normalisées acquittées pour remboursement.
Optique médicale	Sont couverts les frais de verres blancs, de lentilles et de monture prescrits médicalement.	Dans la double limite des tarifs contractuels et des plafonds aux conditions particulières.	Vous présenter avec la prescription ophtalmologique chez l'opticien du réseau Tiers Payant médical de STANE. Cet acte étant soumis à une procédure d'entente préalable, l'opticien se charge de l'obtenir auprès de STANE
Les soins et prothèses dentaires	Cette garantie couvre les soins dentaires, les prothèses dentaires et l'orthodontie pour les enfants de moins de 12 ans.	Dans la double limite des tarifs contractuels et des plafonds aux conditions particulières.	Vous présenter avec votre carte d'assurance dans l'un des centres du réseau Tiers Payant médical de STANE. Si les frais ont été fait hors Tiers Payant, transmettre à STANE les prescriptions et les factures normalisées acquittées pour remboursement.
Les frais de maternité	Sont couverts les frais liés à la grossesse et à l'accouchement. Sont pris en charge les échographies obstétricales, les bilans prénataux, les accouchements par voie basse et par césarienne. Sont également pris en charge les frais postnataux	Dans la double limite des tarifs contractuels et des plafonds aux conditions particulières. 4 échographies par grossesse.	Vous présenter avec votre carte d'assurance dans l'un des centres du réseau Tiers Payant médical de STANE. Si les frais ont été fait hors Tiers Payant, transmettre à STANE les prescriptions et les factures normalisées acquittées pour remboursement.
La kinésithérapie et la rééducation	Sont couverts les frais de kinésithérapie et de rééducation consécutifs à une maladie ou un accident garanti prescrit par un médecin.	Dans la double limite des tarifs contractuels et des plafonds aux conditions particulières.	Vous présenter avec la prescription chez le kinésithérapeute du réseau Tiers Payant médical de STANE. Cet acte étant soumis à une procédure d'entente préalable, l'opticien se charge de l'obtenir auprès de STANE

La présente définit les conditions générales de la police santé à laquelle souscrit le client auprès de la société STANE Assurance. Elle détermine les prestations qui sont garanties et fournies en cas de maladie, maternité, accident.

1. Règles à observer

Afin de bénéficier des prestations médicales dans le réseau tiers-payant de STANE Assurance, l'assuré doit :

- Avoir payé sa prime
- Observer les délais de carence
- Ne pas être suspendu pour fausse déclaration ou pour fraude
- Disposer de sa carte VISA SANTE délivrée par STANE Assurance
- Se rendre dans un établissement du réseau correspondant à l'option de couverture souscrite.
- **Toute fraude ou tentative de fraude de la part d'un Assuré entraîne la nullité de son contrat.**

Les primes payées demeurent acquises à STANE Assurance qui sera en droit d'exiger le paiement des primes échues.

2. Définitions

2.1. Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et constatée par un médecin diplômé.

2.2. Assuré

Personne ayant librement souscrit une couverture santé.

2.3. Barème

Grille ou table qui permet, par simple lecture de déterminer des taux, des tarifs, des prix, des indemnités, des valeurs du point, des taux d'incapacité, des responsabilités.

2.4. Bénéficiaire

Tierce personne physique ou morale au profit de laquelle l'assurance a été contractée.

2.5. Entente préalable

Accord obligatoire du gestionnaire santé ou de l'assureur avant l'exécution de certains actes tels que les prothèses dentaires, les examens coûteux, l'imagerie médicale...

2.6. Examens coûteux

Tout examen, imagerie, analyse ou acte de laboratoire dont le montant excède 60.000 FCFA.

2.7. Maladie

Altération de la santé constatée par un médecin titulaire d'un diplôme reconnu par la législation en vigueur.

2.8. Maternité

Etat dans lequel se trouve une femme pendant la période de grossesse, durant l'accouchement et les suites.

2.9. Prime

Somme dont le paiement est obligatoire et ouvre droit au bénéfice des prestations

2.10. Ticket modérateur

Part des dépenses de santé qui restent à la charge du Bénéficiaire après le remboursement de **STANE Assurance**.

2.11. Tiers payant

Facilité de paiement, et donc d'accès aux soins, pour le bénéficiaire qui ne fait pas d'avance de fonds. Il paie au professionnel de santé la part qui ne lui sera pas remboursée par **STANE Assurance**. Cette dernière règle directement au professionnel ou à l'établissement la part qui lui revient dans le cadre d'une convention de tiers-payant.

2.12. Délai de carence

Période suivant immédiatement la date d'effet du contrat et au cours de laquelle tout ou partie des prestations sont exclus de la garantie.

2.13. Plafond

Montant maximum pouvant être pris en charge par l'assureur.

2.14. Enfant

Toute personne s'étant vue appliquer un tarif enfant ou rattachée à un assuré principal comme tel.

2.15. Exclusion

Tout ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance.

3. Domaine d'application

3.1. Validité du contrat

Les garanties prennent effet à la date indiquée dans les Conditions Particulières sous réserve de l'observation des délais de carence sauf pour les cas d'accident.

3.2. Etendue territoriale

Les garanties s'exercent uniquement en Côte d'Ivoire sauf stipulation contraire prévue aux Conditions Particulières.

4. Prestations prises en charge

Aucune prestation, ni traitement n'est garanti s'il n'est ordonné par une personne titulaire d'un diplôme de doctorat en médecine reconnu par la législation en vigueur en Côte d'Ivoire. Les actes sont pris en compte sur le principe du tiers-payant. La pharmacie, les examens et analyses, les verres et les prothèses ne sont pris en charge que lorsqu'ils sont

préalablement prescrits par le médecin traitant dans la limite des plafonds.

Peuvent être couverts selon les options et précisions indiquées dans les conditions particulières :

- Les frais médicaux (consultations, visites, soins)
- Les frais pharmaceutiques
- Les hospitalisations médicales et chirurgicales
- Les frais d'analyse
- Les frais de radiologie
- Les examens
- Les frais de transport par ambulance
- Les frais d'optique médicale et de lunetterie
- Les soins dentaires
- Les prothèses dentaires
- Les frais de maternité pré et post-natals
- La kinésithérapie et la rééducation consécutives à un accident ou une maladie garantie.

5. Dispositions générales

5.1. Conditions de souscription

Un bulletin d'adhésion contenant un questionnaire médical devra être obligatoirement renseigné pour toute souscription ou incorporation d'affilié. Ledit bulletin devra être rempli avec exactitude sous peine de nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle, ou de réduction des indemnités en cas d'omission ou de déclaration inexacte si la mauvaise foi n'est pas établie.

5.2. Paiement des primes

Conformément à l'article 13 du code CIMA, la prise d'effet des garanties est subordonnée au paiement intégral de la prime de la période.

Pour les renouvellements de garantie, le paiement doit intervenir au plus tard avant la fin de la période échue.

A défaut de paiement dans ce délai, le contrat est résilié de plein droit. La portion de prime courue reste acquise à l'assureur sans préjudice des éventuels frais de poursuite et de recouvrement

5.3. Délai de carence

Sauf disposition contraire aux Conditions Particulières, un délai de carence est fixé dans les cas suivants :

- ✓ Deux (2) mois pour les maladies courantes et les soins dentaires.
- ✓ Six (6) mois pour les prothèses dentaires et l'optique médicale.
- ✓ Douze (12) mois pour toute maladie chronique : maladie du foie et des voies biliaires, du rein et des voies urinaires, des yeux (cataracte, glaucome, etc.), du sang, maladies cardiovasculaires, des ganglions, du système nerveux, des glandes endocrines (diabète, thyroïde, etc.), hernie, appendicite, ulcère, végétations, fibrome, névrose et maladies mentales, tumeurs, tuberculose, etc., sauf rachat moyennant surprime, qu'elle survienne avant ou après la souscription.

- ✓ Douze (12) mois pour les chirurgies sauf les accidents couverts, les appendicites, les hernies étranglées, torsion de kyste ovarien.

Les délais de carence sont applicables pour les Affaires Nouvelles et également pour toutes les incorporations à compter de la date d'entrée dans le contrat.

Pour les contrats de moins de dix (10) assurés principaux, après l'expiration du délai de carence, la prise en charge des frais d'Optique et de prothèse dentaire ne peut se faire que si la police souscrite a une durée cumulée d'au moins douze (12) mois sans interruption

5.4. Entente préalable

Sont soumis à entente préalable :

- Orthodontie pour les enfants de moins de 12 ans
- Appareils de prothèse et d'orthopédie
- Rééducation
- Kinésithérapie et rééducation
- Traitements au long cours (durée supérieure à un mois)
- Traitements spéciaux tels que la chimiothérapie, la dialyse, la radiothérapie
- Interventions chirurgicales programmées
- Aérosols
- Vaccins
- Traitement hormonal
- Traitements antiviraux
- Interruption spontanée, non volontaire, de grossesse à partir de 5 mois.
- Soins dispensés par des auxiliaires médicaux
- Frais d'infirmier, garde-malade à domicile
- Soins au laser
- Electrodiagnostic y compris le scanner
- IRM
- Doppler
- Mammographie
- Hystérosalpingographie
- Bilan prénatal
- Frottis cervico-vaginal
- Accessoires, matériel médico-chirurgical et orthopédique
- Traitements à l'étranger
- Hospitalisations
- Optique et lunetterie

5.5. Ce que nous excluons sauf mention contraire aux Conditions Particulières

- Les ordonnances délivrées par toute personne autre qu'un médecin diplômé d'état.
- Le détartage
- Les soins ou interventions ayant pour but de remédier à toutes anomalies, infirmités et malformations constitutionnelles
- Les traitements et opérations à but esthétique
- Les manucures et pédicures
- Les traitements contre la cellulite
- Les affections congénitales
- Les recherches et les traitements de la stérilité
- Les visites prénuptiales

- Les frais de grossesse et d'accouchement liés à une grossesse survenue avant la prise d'effet de l'adhésion
- Les frais de grossesse et d'accouchement des enfants à charge
- Les soins et interventions liés à une interruption volontaire de grossesse
- La gymnastique pré et post natale (rééducation périnéale)
- Les traitements et soins préventifs sauf frais prénatal
- La chiropraxie, la mésothérapie, l'électrothérapie, l'hydrothérapie, la thermothérapie, la physiothérapie
- L'homéopathie, la phytothérapie, la naturothérapie, l'herboristerie
- Les cures thermales et séjours dans les maisons de convalescence, de repos ou établissements similaires
- Les traitements par psychanalyse, psychothérapie et bilans psychologiques
- Les affections psychiatriques
- Les maladies ou accidents résultant des causes de l'ivresse, la toxicomanie, les tentatives de suicide ou mutilation volontaire, de la pratique de sports dangereux, de la participation à une rixe
- Les visites d'embauche et visites médicales périodiques imposées par le code du travail
- Les affections antérieures à l'incorporation de la famille à la couverture médicale.
- Les suppléments n'ayant pas un caractère médical dans le cadre d'une hospitalisation (téléphone, télévision, eau minérale...)
- Les bilans de santé
- L'orthophonie
- L'orthoptie
- Les traitements des verres correcteurs : anti reflet, photochromique, teintés, hydrophobe, transition, anti-UV.
- Les maladies et accidents consécutifs aux grèves émeutes et mouvements populaires
- Les investigations liées à une pathologie exclue ou soumise à délai de carence ne sont pas garanties même si le diagnostic n'est encore établi.
- Les vaccins des enfants de moins de 9 mois et ceux des personnes de plus de 12 ans.

Tous Les produits pharmaceutiques suivants :

- Les contraceptifs
- Les tests de grossesse
- Les vitamines et fortifiants sauf s'ils sont prescrits à titre curatif
- Les produits diététiques
- Les produits cosmétiques
- Les objets à usage médical tels que thermomètre, seringue, vessie, inhalateur, bande, coton, bac, poire
- Les produits à usage familial tels que l'alcool, mercurochrome, sparadrap, antiseptique
- Les antidépresseurs, les orexigènes, les hypnotiques, les anorexigènes
- Les antihelminthiques, les laxatifs sauf à titre curatif en liaison avec une affection
- Les pastilles, tablettes et édulcorants.

Les soins consécutifs aux maladies, accidents ou maternités antérieurs à la date d'effet du contrat sont exclues sauf

surprime pour risque aggravé lorsqu'ils sont déclarés sur le formulaire d'adhésion.

5.6. Subrogation

Lorsque les prestations fournies en exécution du contrat sont couvertes en tout ou partie par une police d'assurance souscrite auprès d'une autre compagnie ou toute autre institution, STANE Assurance est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre cette compagnie ou institution. De même STANE Assurance est subrogée à concurrence des indemnités versées dans les droits de l'assuré contre tout responsable d'un sinistre.

5.7. Prescription

Toute action dérivant du contrat est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Les demandes de remboursements ne peuvent s'effectuer que dans un délai maximal de 3 mois à compter de la date des soins.

- Remboursement Direct

Lorsque des dépenses ont été effectuées hors du réseau de soins, le remboursement est obtenu sur présentations des pièces justificatives et sur la base du barème des remboursements de la formule souscrite aux conditions particulières conformément à l'annexe aux Conditions Générales.