



CNIA SAADA



Royaume du Maroc

Ministère de l'Économie et des Finances

CHAMBRE DES CONSEILLERS

Contrat Maladie – Maternité

POLICE N° 0995 250

Intermédiaire : ASSURANCES AL FAHD Code : 20 204
Adresse : 40, Zankat Abdelmoumen - RABAT.

Le présent contrat a été conclu entre les soussignés :

LA CHAMBRE DES CONSEILLERS
sise à Avenue Mohamed V - RABAT

Ci-après dénommé : LE SOUSCRIPTEUR

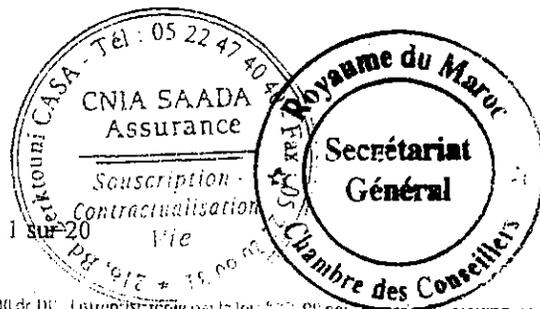
d'une part,
et

CNIA SAADA ASSURANCE
dont le siège social est sis au :
216, Bd Zerktouni - CASABLANCA

Ci-après dénommé : L'ASSUREUR

d'autre part.

Il a été convenu ce qui suit :





SOMMAIRE

CONDITIONS GENERALES.....3

ARTICLE 1 : BASES JURIDIQUES.....3

ARTICLE 2 : DEFINITIONS3

ARTICLE 3 : OBJET DU CONTRAT.....3

ARTICLE 4 : BULLETIN D'ADHESION3

ARTICLE 5 : CESSATION DES GARANTIES4

ARTICLE 6 : CONSEQUENCES DE LA CESSATION DE GARANTIE4

ARTICLE 7 : LIBRE CHOIX DE L'ASSURE5

ARTICLE 8 : OBLIGATIONS DE L'ADHERENT EN CAS DE SINISTRE5

ARTICLE 9 : CONTROLE MEDICAL5

ARTICLE 10 : PIECES A FOURNIR PAR L'ADHERENT6

ARTICLE 11 : DELAI DE REMISE DES PIECES6

ARTICLE 12 : CORRESPONDANCE ENTRE LES ADHERENTS ET L'ASSUREUR.....6

ARTICLE 13 : PAIEMENT DES SINISTRES7

ARTICLE 14 : ETENDUE TERRITORIALE.....7

ARTICLE 15 : RISQUES EXCLUS.....7

ARTICLE 16 : PRIMES D'ASSURANCE.....8

ARTICLE 17 : OBLIGATION DU SOUSCRIPTEUR.....8

ARTICLE 18 : DEFAUT DE DECLARATION DU SOUSCRIPTEUR9

ARTICLE 19 : DEFAUT DE PAIEMENT DES PRIMES9

ARTICLE 20 : DATE D'EFFET - DUREE - RENOUVELLEMENT - PREAVIS DE RESILIATION9

ARTICLE 21 : ARBITRAGE9

ARTICLE 22 : PRESCRIPTION10

ARTICLE 23 : RETRAIT D'AGREMENT10

ARTICLE 24 : SUBROGATION.....10

CONDITIONS PARTICULIERES.....11

ARTICLE 1 : SOUSCRIPTEUR.....11

ARTICLE 2 : CATEGORIES BENEFICIAIRES11

ARTICLE 3 : DATE D'EFFET11

ARTICLE 4 : AGE LIMITE DE GARANTIE11

ARTICLE 5 : AGE LIMITE D'ADMISSION11

ARTICLE 6 : MONTANT DES PRIMES - MODE DE PAIEMENT11

ARTICLE 7 : CONDITIONS D'ADMISSION DES ASSURES A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT12

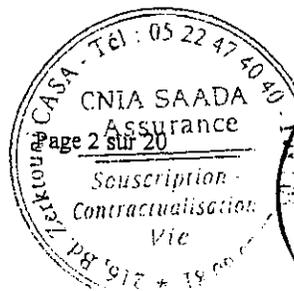
ARTICLE 8 : CONDITIONS D'ADMISSION DES NOUVEAUX ASSURES12

ARTICLE 9 : PRESTATIONS - TAUX DE REMBOURSEMENT - PLAFOND GENERAL13

ARTICLE 10 : DUREE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT13

ARTICLE 11 : DISPOSITIONS DIVERSES.....13

ANNEXE : TABLEAU DES PRESTATIONS.....15



Handwritten mark



CONDITIONS GENERALES

Article 1 : Bases juridiques

Le présent contrat est régi par la loi n° 17-99 portant Code des Assurances et par ses textes d'application.

Les déclarations du Souscripteur et des Adhérents servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des dispositions prévues par les articles 30, 31 et 94 de la loi n° 17 – 99 portant Code des Assurances.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'Adhérent, celui-ci ne peut être éliminé de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie de l'effectif assurable du groupe et à condition que la prime ait été encaissée.

Les droits découlant du présent contrat sont **incessibles et insaisissables**.

Article 2 : Définitions

Pour l'interprétation et l'application du présent contrat, on entend par :

Adhérents : Toutes les personnes auxquelles l'Assureur a délivré un certificat d'admission pour le bénéfice de l'assurance et qui figurent sur les états nominatifs remis par le Souscripteur.

Personnes à charge : Les personnes de la famille à la charge de l'Adhérent comprennent :

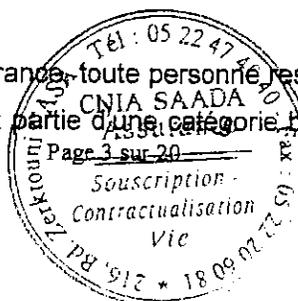
- Le conjoint de l'Adhérent tant qu'il n'a pas atteint l'âge limite fixé aux Conditions Particulières ;
- Les enfants à la charge de l'Adhérent âgés de moins de 21 ans ou 25 ans s'ils poursuivent leurs études.
- Les enfants handicapés sans limite d'âge tant qu'ils sont à la charge de l'Adhérent.

Article 3 : Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de garantir le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisations médicales ou chirurgicales engagés par l'Adhérent lui-même et/ou par les personnes de sa famille à charge, dans les conditions définies aux Conditions Particulières, et à hauteur des plafonds de prestations reprises aux dites Conditions. Il est toutefois précisé que les prestations garanties par le présent contrat viendront, s'il y a lieu, en complément des indemnités ou prestations de même nature, qui pourront être versées à l'Adhérent ou les personnes à sa charge par un régime de prévoyance public ou privé sans que l'Adhérent puisse recevoir au total, un montant supérieur aux frais engagés.

Article 4 : Bulletin d'adhésion

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, toute personne respectant les limites d'âges fixées aux Conditions Particulières et qui fait partie d'une catégorie bénéficiaire du Souscripteur, doit





dûment renseigner, un bulletin d'adhésion fourni par l'Assureur et cacheté par le Souscripteur. Le bulletin individuel d'adhésion fait partie intégrante de la présente assurance de groupe. C'est le document par lequel l'Adhérent donne son consentement par écrit pour la prise d'effet de la garantie, conformément à l'article 68 de la loi 17-99 portant code des assurances. Il comporte éventuellement des clauses spéciales concernant l'Adhérent lui-même, et qui ne peuvent avoir d'effet à l'encontre des autres Assurés.

Sur la foi des déclarations faites par l'Adhérent sur son bulletin d'adhésion et si les renseignements portés sur celui-ci ou demandés en complément sont jugés satisfaisants, l'Assureur délivre à l'Adhérent un certificat d'admission indiquant le nom et prénoms des personnes auxquelles s'applique la garantie, la date d'entrée en vigueur de cette garantie, et, le cas échéant, les exclusions temporaires ou définitives.

Ce certificat porte un numéro d'adhésion qui devra être reproduit dans toute communication concernant l'Adhérent et les personnes à sa charge.

L'Assureur fonde ses engagements sur la foi des déclarations écrites de l'Adhérent, présumées exactes et sincères. En conséquence, toute omission volontaire, dissimulation, indication fausse ou incomplète de l'Adhérent est passible des sanctions prévues par les lois en vigueur et notamment par les articles 30 et 31 de la loi n°17-99 portant Code des Assurances.

Article 5 : Cessation des garanties

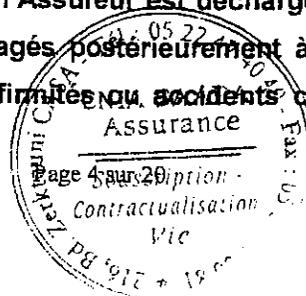
Les garanties du présent contrat cessent dans les conditions suivantes :

- A la date à laquelle la relation qui lie l'Adhérent au Souscripteur est rompue ;
- A la date où l'Adhérent atteint l'âge limite fixé aux Conditions Particulières. En cas de date de naissance présumée d'un Assuré, il est convenu de prendre comme référence le 30 Juin de l'année de naissance ;
- A la date de résiliation du contrat par l'une des parties ou de plein droit ;
- Pour tout Adhérent qui ne figure pas sur les déclarations de salaires trimestrielles fournies par le Souscripteur ;
- Pour tout Adhérent dont la prime n'a pas été payée ;
- Pour tout Assuré ayant commis une fraude.

Les garanties cessent pour les personnes à charge à la date de cessation de celle de l'Adhérent.

Article 6 : Conséquences de la cessation de garantie

En cas de cessation de la garantie, l'Assureur est déchargée de toute obligation légale ou contractuelle pour les frais engagés postérieurement à la date de cette cessation, même s'ils résultent de maladie, infirmités ou accidents constatés ou existants avant ladite date.



Handwritten mark



Article 7 : Libre choix de l'Assuré

L'Assuré a la faculté de s'adresser aux médecins diplômés, chirurgiens, auxiliaires médicaux, ou établissements hospitaliers de son choix.

Toutefois, l'Assureur ne remboursera que les honoraires de médecins, chirurgiens ou auxiliaires médicaux admis légalement à exercer, de même que les produits pharmaceutiques doivent être délivrés par un pharmacien diplômé ou une personne autorisée légalement à faire commerce de pharmacie.

Article 8 : Obligations de l'Adhérent en cas de sinistre

En cas de maladie ou d'accident ouvrant droit à remboursement, l'Adhérent est tenu d'adresser à l'Assureur, par l'intermédiaire du Souscripteur, une déclaration dûment renseignée sur l'imprimé fourni par l'Assureur et comportant :

- Son numéro d'inscription figurant sur le certificat d'admission ;
- Ses noms, prénoms et adresse ;
- Les noms, prénoms et date de naissance de la personne soignée ;
- La situation de la personne soignée par rapport à tout autre régime de prévoyance ;
- Le lien de parenté de la personne soignée par rapport à l'Adhérent ;
- La nature de la maladie ou les circonstances, causes et effets de l'accident ;
- Le cachet avec les noms et adresses du ou des différents prestataires de soins.

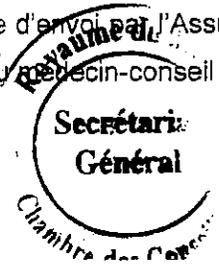
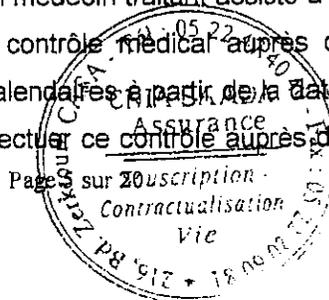
La production de renseignements ou de documents intentionnellement faux annule la garantie et entraîne l'exclusion de l'Adhérent du contrat. L'Assureur se réserve la possibilité, en cas de règlement de prestations indues, d'en récupérer le montant, soit auprès du Souscripteur, soit directement auprès de l'Adhérent par toute voie légale.

Article 9 : Contrôle médical

L'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré par l'intermédiaire du Souscripteur, tous les renseignements qu'il estime nécessaire et de procéder à toute enquête qu'il jugera utile, notamment :

- De soumettre à l'examen de ses médecins-conseils, les ordonnances et les factures remises par les Assurés aux fins de remboursement ;
- De rendre visite aux malades à l'hôpital ou à la clinique pour s'assurer de leur identité et de leur état ;
- De soumettre l'Assuré à tout contrôle médical auprès de ses médecins-conseils et à ses frais. L'Assuré peut exiger que son médecin traitant assiste à ce contrôle.

En cas de demande par l'Assureur de contrôle médical auprès de ses médecins-conseils, l'Assuré dispose d'un délai de 40 jours calendaires à partir de la date d'envoi par l'Assureur de la demande de contrôle médical, pour effectuer ce contrôle auprès du médecin-conseil désigné



(Handwritten mark)



par l'Assureur. La date et le cachet du médecin-conseil faisant foi.

Durant le délai susmentionné et jusqu'à réception des résultats du contrôle médical, les remboursements des dossiers maladie se rapportant à la pathologie, objet du contrôle médical, seront suspendus pour la personne soignée.

Si à l'expiration du délai de 40 jours, le contrôle médical n'est pas satisfaisant ou non effectué par la personne soignée, l'Assureur procédera au rejet de tous les dossiers déposés et à la suspension de la garantie pour toute l'adhésion (Adhérent et personnes à charge).

Article 10 : Pièces à fournir par l'Adhérent

Pour obtenir le remboursement, l'Adhérent doit remettre à l'Assureur les originaux des notes d'honoraires, des factures et des ordonnances acquittées et datées mentionnant le nom et prénom de la personne soignée.

Les notes doivent indiquer en outre, la nature de la maladie, les dates de visites ou des soins. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments et doivent être accompagnées des prospectus et des vignettes (P.P.M).

Si la personne soignée bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'Adhérent devra remettre l'original de la quittance de règlement relative audit régime ainsi qu'une copie du dossier.

Toutes notes d'honoraires, ordonnances, certificats remis à l'occasion d'un sinistre ne peuvent en aucun cas être réclamés par l'Adhérent.

Article 11 : Délai de remise des pièces

Toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'Assureur trois mois au plus tard après la date de l'ordonnance prescrivant les soins. Si, les soins durent plus de trois mois, l'Adhérent est tenu d'adresser à l'Assureur, une facture partielle à la fin de chaque période de trois mois.

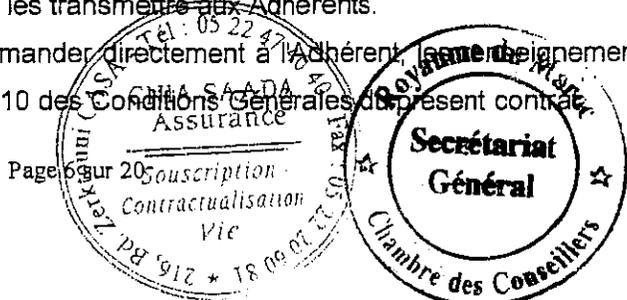
Si pour des raisons indépendantes de sa volonté, l'Adhérent n'est pas en possession d'une note d'honoraires ou de frais dans le délai prescrit, il est tenu d'en indiquer les raisons à l'Assureur en vue d'obtenir une prolongation de ce délai.

Article 12 : Correspondance entre les Adhérents et l'Assureur

Les correspondances, déclarations de sinistres, remises de documents ou de pièces qui incombent à l'Adhérent en application des dispositions du présent contrat sont transmises obligatoirement par le biais du Souscripteur.

De même, l'Assureur adresse au Souscripteur toute sa correspondance et tous les règlements qu'il effectue, à charge pour ce dernier de les transmettre aux Adhérents.

L'Assureur a cependant, la faculté de demander directement à l'Adhérent, les renseignements complémentaires prévus aux articles 8 et 10 des Conditions Générales du présent contrat.



4



Article 13 : Paiement des sinistres

Sous réserve des dispositions des articles 18 et 19 des Conditions Générales du présent contrat, les sommes dues par l'Assureur sont payées au plus tard dans les vingt jours ouvrables qui suivent la date de remise des pièces justificatives, complétant le dossier. Les remboursements sont effectués à raison des taux et limites indiqués aux Conditions Particulières.

Article 14 : Etendue territoriale

L'assurance est limitée au Maroc. Sont cependant garantis hors du Maroc dans les conditions et limites prévues par le présent contrat :

- Les maladies ou accidents survenus au Maroc, qui nécessitent obligatoirement une hospitalisation à l'étranger, sur prescription médicale, et après accord préalable de l'Assureur ;
- Les maladies ou accidents survenus à l'étranger à l'occasion de séjour ne dépassant pas trois mois consécutifs, ni au total cinq mois par année d'assurance. Au-delà de cette période, les effets de l'assurance à l'étranger sont alors suspendus.

Les remboursements sont réglés en dirhams et au Maroc.

Article 15 : Risques exclus

Sont exclus de la présente garantie, les frais engagés :

- Avant la date de prise d'effet des garanties ou après la date de cessation des garanties ;
- Consécutifs aux maladies ou accidents qui sont la conséquence du fait intentionnel de l'Assuré ou qui résultent de la tentative de suicide (avant l'expiration d'un délai de deux ans à partir de la date d'adhésion) ou de la mutilation intentionnelle, que celui-ci ait eu ou non conscience de ses actes ;
- Résultant de la consommation de boissons alcoolisées ou d'absorption de produits non prescrits médicalement ;
- Consécutifs aux maladies ou accidents survenus pendant le Service Militaire ou pendant des périodes militaires ;
- Résultant de la guerre civile ou étrangère, actes d'hostilité, insurrection, révolution, rébellion, cataclysmes naturels tels que tremblements de terre, inondations ;
- Résultant de la participation active de l'Assuré à des émeutes, mouvements populaires, grèves, actes de terrorisme, attentats, sabotages ;
- Résultant de la participation active à un duel, à une rixe sauf cas de légitime défense ;
- Résultant de la participation de l'Assuré à des compétitions sportives ou leurs essais, même à titre d'amateur ;



- Résultant de tout sport pratiqué à titre professionnel ou réputé dangereux ;
- Consécutifs aux accidents d'aviation, sauf si l'Assuré emprunte comme passager une ligne commerciale régulière ou s'il se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être la personne assurée elle-même ;
- Consécutifs aux maladies ou accidents couverts par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- Dus à la désintégration du noyau atomique ou de rayonnement ionisant ;
- Les bilans de santé ;
- La chirurgie esthétique (y compris la chirurgie ophtalmique) sauf en cas d'accident ;
- L'avortement sauf pour des raisons médicales ;
- La stérilité ou les contraceptions ;

Article 16 : Primes d'assurance

Les primes annuelles hors taxes sont fixées aux Conditions Particulières. Elles sont établies en pourcentage des salaires déclarés. Les taxes sont à la charge du Souscripteur et sont payables en même temps que la prime. Par taxe, Il faut entendre, toutes les taxes présentes ou futures dont la récupération n'est pas interdite.

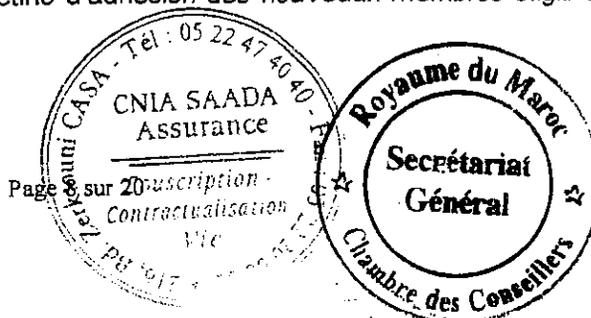
L'Assureur est tenu de :

- 1- Transmettre au Souscripteur au plus tard 10 jours après la fin de chaque trimestre, la liste des Adhérents assurés au cours du trimestre échu, afin que le Souscripteur la complète par les salaires de chaque Adhérent – base de calcul de la prime ;
- 2- Transmettre au Souscripteur un avis d'échéance dans un délai de 15 jours après la réception de la déclaration de salaire du Souscripteur.

Article 17 : Obligation du Souscripteur

Le Souscripteur est tenu de :

- Mettre à la disposition de chaque Adhérent, une notice d'information établie par l'Assureur, qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre conformément aux dispositions de l'article 106 de la loi n° 17-99 portant Code des Assurances ;
- Informer par écrit les Adhérents des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations conformément aux dispositions de l'article 106 de la loi n° 17-99 portant Code des Assurances ;
- Transmettre à l'Assureur, les bulletins d'adhésion des nouveaux membres éligibles au bénéfice du contrat ;



1



- Transmettre à l'Assureur, au plus tard 30 jours après la fin de chaque trimestre, les déclarations de salaires dûment renseignées sur support papier et sur support électronique ;
- Payer au siège de l'Assureur ou du mandataire désigné par lui, la prime d'assurance, telle que définie dans les Conditions Particulières.

Article 18 : Défait de déclaration du Souscripteur

A défaut de remise par le Souscripteur à l'Assureur des déclarations de salaires dans le délai mentionné au paragraphe 4 de l'article 17 ci-dessus, l'Assureur se réserve le droit, après un délai de 20 jours après le délai de remise des déclarations de salaires, de procéder à l'émission de la prime trimestrielle sur la base de la dernière déclaration disponible (réelle ou celle faite à la souscription du contrat), majorée de **20%**.

Article 19 : Défait de paiement des primes

Si une prime n'est pas payée dans les délais fixés aux Conditions Particulières, l'Assureur se réserve le droit de :

- Mettre en demeure le Souscripteur pour non paiement de prime ;
- Suspendre la garantie dans un délai minimum de 20 jours à compter de la date de mise en demeure ;
- Résilier le contrat 10 jours après la date de suspension.

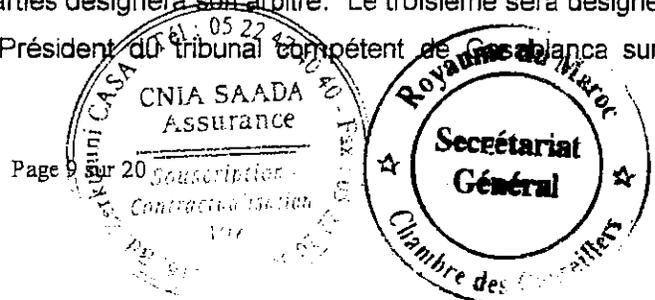
Indépendamment de la date d'échéance du contrat, les primes objet de la mise en demeure, ainsi que les primes et / ou fractions de primes échues postérieurement sont payables au siège de l'Assureur.

Article 20 : Date d'effet - Durée - Renouvellement - Préavis de résiliation

Le présent contrat prend effet dès sa signature par les deux parties et au plus tôt à la date indiquée aux Conditions Particulières. Il expire le **31 Décembre** suivant sa date d'effet et se renouvelle, par tacite reconduction, le **premier Janvier** de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation de l'une des parties exprimée par lettre recommandée au plus tard le **30 Septembre** précédant la date du prochain renouvellement.

Article 21 : Arbitrage

Le présent contrat étant fait de bonne foi, les parties Contractantes s'engagent en cas de difficulté d'interprétation d'application ou d'exécution à s'en rapporter à une sentence arbitrale rendue par trois arbitres. Chacune des parties désignera son arbitre. Le troisième sera désigné par les deux arbitres, à défaut par le Président du tribunal compétent de Casablanca sur requête de la partie diligente.



4



CNIA SAADA

Les frais de nomination et les honoraires du troisième arbitre seront supportés par moitié par chacune des parties.

La procédure d'arbitrage sera régie par la loi marocaine, le lieu de l'arbitrage sera à Casablanca sauf convention contraire, et le prononcé de la sentence sera en français.

La sentence arbitrale est opposable aux parties.

Article 22 : Prescription

Toute action relative au présent contrat est prescrite par **cinq ans** à compter de la date de survenance de l'événement qui y donne naissance conformément aux dispositions des articles 36, 37 et 38 de la loi n° 17-99 portant Code des Assurances.

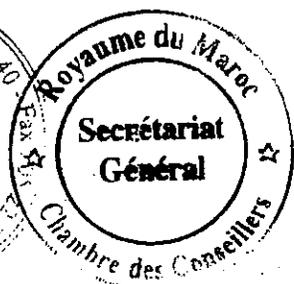
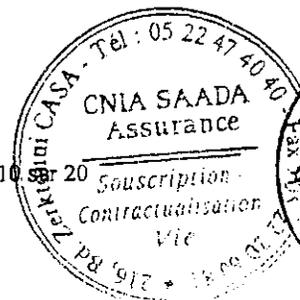
Article 23 : Retrait d'agrément

En cas de retrait d'agrément de l'Assureur, le contrat cesse de plein droit d'avoir effet, le vingtième jour à midi à compter de la publication au bulletin officiel de l'acte administratif prononçant le retrait, et ce conformément à l'article 267 de la loi n° 17-99 portant Code des Assurances.

Article 24 : Subrogation

L'Assureur est subrogé, dans tous les droits et actions de l'Assuré contre les tiers responsables, à concurrence des prestations remboursées.

=====



(Handwritten mark)



CONDITIONS PARTICULIERES

Article 1 : Souscripteur

LA CHAMBRE DES CONSEILLERS

Article 2 : Catégories bénéficiaires

- Les **Conseillers en exercice** ;
- Les **Conseillers en retraite** à venir et dont la date de mise à la retraite est postérieure au 01.01.2010 considérés Anciens Parlementaires ;
- Les **Anciens Conseillers** bénéficiant de cette garantie jusqu'au 31 décembre 2009 dans le cadre du contrat portant N° de police **0 990 528** ;

Article 3 : Date d'effet

1^{er} Janvier 2010

Article 4 : Age limite de garantie

La garantie est accordée **sans limite d'âge**, pour les **Conseillers en exercice**, les **Anciens Conseillers** ainsi que leur conjoint bénéficiant de la garantie Maladie – Maternité, à condition qu'ils figurent sur l'état nominatif remis par le souscripteur.

Article 5 : Age limite d'admission

L'admission au bénéfice de la garantie est accordée **sans limite d'âge**.

Article 6 : Montant des primes - Mode de paiement

Pour les Conseillers en exercice :

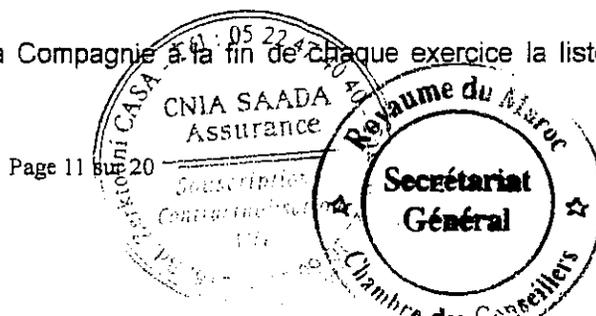
Les primes sont calculées en pourcentage des salaires déclarés par le souscripteur. Elles sont payables trimestriellement par le Souscripteur, au plus tard **15 jours après la fin de chaque trimestre**.

Le taux de prime est fixé à **3,50%** des salaires (taxe sur contrats d'assurance comprise).

Ce taux pourrait être révisé au 01.01.2013 dans le cas où les résultats statistiques venaient à être déficitaires. La Chambre des Conseillers s'engage à accepter le nouveau taux qui sera arrêté d'un commun accord entre les parties.

La Compagnie établira à la fin de chaque trimestre la facture qu'elle adressera à la Chambre des Conseillers qui s'engage au règlement des primes correspondant dans les 15 jours suivant la réception de cette dernière.

Le souscripteur est tenu d'adresser à la Compagnie à la fin de chaque exercice la liste des assurés.





Pour les Anciens Conseillers :

Les primes sont calculées en pourcentage des pensions déclarées par la caisse de retraite CNRA.

Le taux de prime est fixé à **3,50%** des pensions (taxe sur contrats d'assurance comprise).

Ce taux pourrait être révisé au 01.01.2013 dans le cas où les résultats statistiques venaient à être déficitaires. La Chambre des Conseillers s'engage à accepter le nouveau taux qui sera arrêté d'un commun accord entre les parties.

Le souscripteur donne mandat permanent à la caisse de retraite CNRA pour communiquer directement à l'assureur, **à la fin de chaque mois**, la déclaration des pensions par adhérent et effectuer le règlement des primes y afférent au plus tard **15 jours après la fin de chaque mois**.

Article 7 : Conditions d'admission des Assurés à la date d'effet du contrat

Les membres d'une des catégories bénéficiaires du Souscripteur qui étaient assurés au titre du contrat n° 0 990 528 jusqu'au 31/12/2009, ainsi que les personnes de leur famille à charge, sont admis au bénéfice de l'assurance, à partir de la date d'effet du présent contrat, **sans aucune formalité médicale**.

Article 8 : Conditions d'admission des nouveaux Assurés

Les personnes qui deviennent membres d'une des catégories bénéficiaires du Souscripteur postérieurement à la date d'effet du contrat peuvent être admises avec les personnes de leur famille à charge, à partir de la date à laquelle elles deviennent membres de la catégorie bénéficiaire du Souscripteur, à condition que les bulletins d'adhésion dûment renseignés soient réceptionnés, chez l'Assureur, au plus tard **deux mois** après ladite date. Passé ce délai, la garantie prend effet pour l'Adhérent et les personnes de sa famille à charge, le 1er jour du mois suivant la date de réception, chez l'Assureur, du bulletin d'adhésion dûment complété et signé.

En cas de mariage ou de naissance d'un enfant en cours d'assurance, la garantie prend effet à partir de la date de mariage ou de naissance, à condition que le bulletin d'adhésion accompagné d'une copie de l'acte de mariage ou d'un extrait d'acte de naissance parvienne à l'Assureur dans :

- les trois mois qui suivent la date de mariage ;
- les deux mois qui suivent la date de naissance.

Passé ces délais, l'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception chez l'Assureur de la demande d'adhésion dûment renseignée par le demandeur et cachetée par le Souscripteur.

N'ouvrent pas droit au remboursement, les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie.



4



Article 9 : Prestations - Taux de remboursement - Plafond général

Tous les frais ou traitements non mentionnés dans le tableau des prestations (joint en annexe) ne sont pas couverts par le présent contrat.

Article 10 : Durée et renouvellement du contrat

Par dérogation aux dispositions de l'article 20 des Conditions Générales, il est précisé que le présent contrat est souscrit pour une durée de 5 ans à effet du 01 janvier 2010. Il arrive à échéance le 31 décembre 2014. Il se renouvellera le 1^{er} janvier de chaque période quinquennale, sauf dénonciation par l'une des parties, exprimée par lettre recommandée, six mois, au moins avant chaque date de renouvellement.

Article 11 : Dispositions diverses

Garantie Hospitalisations Cas Graves :

- Cette garantie a pour objet le financement des dépassements du plafond général par maladie et par an fixé dans le tableau des prestations en annexe à **100.000 Dirhams** (garantie Maladie – Maternité de base) et ce, pour faire face aux frais engagés par les **Conseillers en exercice** et les **Anciens Conseillers** ainsi que les personnes à charge à l'occasion d'une hospitalisation médicale ou chirurgicale suite à une maladie ou un accident nécessitant des frais dépassant ledit plafond.

Les remboursements à effectuer seront faits sur présentation des pièces justificatives et aux taux contractuel.

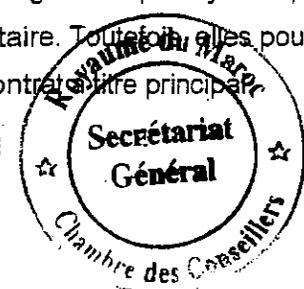
L'engagement annuel de l'assureur au titre de cette garantie est limité à **5.000.000 Dirhams** pour l'ensemble des assurés.

Cette garantie est accordée aux **Conseillers en exercice** et les **Anciens Conseillers** assurés et leur personne à charge et ce, **après accord express du Président de la Chambre des Conseillers** ou toute autre personne expressément mandatée par ses soins à cet effet.

- Les dispositions de l'article 14 des Conditions Générales sont complétées par ce qui suit :

Le remboursement des prestations médicales ou chirurgicales réalisées à l'étranger auront comme base de remboursement 150% du plafond prévu au tableau des prestations.

- Les personnes à la charge de l'assuré bénéficiaires d'un régime de prévoyance public ou privé sont pris en charge pour le règlement complémentaire. Toutefois, elles pourront si elles le souhaitent bénéficier de la garantie du présent contrat à titre principal.



47



- Les conseillers sont dispensés de toute contre visite sur les dossiers de soins de santé les concernant. Toutefois, la Compagnie pourra exiger des personnes à charge des conseillers, des contres visites qu'elle jugera utile de demander.
- Les conseillers ayant perdu leur siège après au moins deux années après la date de début de leur mandat, seront pris en charge en tant que Conseiller en retraite à la condition qu'ils soient bénéficiaires d'une retraite.
- Les **Conseillers en retraite** à venir considérés Anciens Conseillers sont obligatoirement et automatiquement assurés sans obligation de présenter de nouveaux bulletins d'adhésion.
- La Chambre des Conseillers doit aviser la Compagnie de tout changement intervenant au niveau de la population assurée et adressera à la fin de chaque année un état nominatif détaillé des assurés.

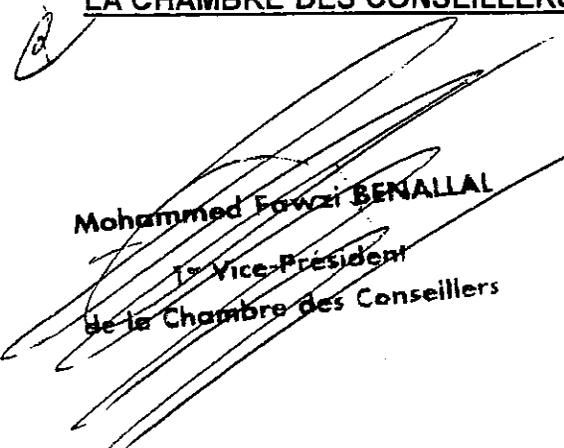
Elle doit en outre adresser à la RCAR l'état des **Conseillers en retraite** à venir considérés Anciens Parlementaires pour le prélèvement des primes relatives au présent contrat sur la base des pensions retraite.

- Il est précisé que lorsque les **Conditions Générales** se trouveront être en contradiction avec les **Conditions Particulières**, ces dernières prévalent.
- Si le contrat n'est pas retourné signer par le **Souscripteur** dans un délai de vingt jours à compter de sa date d'émission, il sera considéré comme nul et sans effet.
- Le **Souscripteur** reconnaît avoir reçu un exemplaire des **Conditions Générales** auxquelles il a adhéré sans réserve et accepté toutes les clauses, notamment la clause d'arbitrage prévue à l'article 21 des **Conditions Générales**.

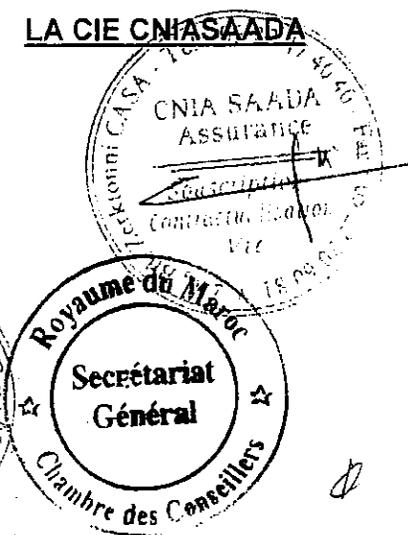
Fait à Casablanca, le 17 mai 2010

POUR PRENDRE EFFET, LE 1^{er} JANVIER 2010

LA CHAMBRE DES CONSEILLERS


Mohammed Fouzi **BENALLAL**
1^{er} Vice-Président
de la Chambre des Conseillers

LA CIE CNI SAADA





ANNEXE : TABLEAU DES PRESTATIONS

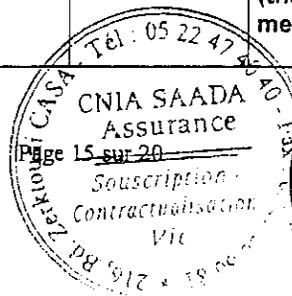
Les remboursements sont effectués à raison d'un pourcentage des frais réels engagés, sans pouvoir dépasser le maximum prévu à chaque poste et jusqu'à concurrence d'un plafond fixé à **100.000 Dirhams** par personne, par maladie et par an.

Il est à noter que lorsqu'un assuré est admis à bénéficier des garanties au cours d'une année d'assurance, le total des remboursements ne pourra excéder autant de douzième de la somme indiquée au plafond fixé dans le tableau des prestations en annexe, qu'il reste de mois entiers à courir jusqu'à la date de renouvellement du contrat.

La qualification, l'importance et les conditions de remboursement des actes et soins sont déterminées par la Nomenclature générale des actes professionnels.

Catégorie : CONSEILLERS EN EXERCICE

NATURE DES FRAIS	CATÉGORIE DES FRAIS	Taux de Remboursement	Observation
Honoraires médecins	Consultation Visite Visite de nuit Visite Dimanche	90%	Sont considérés comme inclus dans le prix de la consultation ou de la visite, les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante, ainsi que les petits actes techniques, motivés par celle-ci (injections hypodermiques, intradermiques, musculaires, petits pansements, ventouses, points de feu, etc.)
Frais pharmaceutiques	Médicaments	90%	Ne sont remboursés que les médicaments prescrits par un médecin diplômé et délivrés par un pharmacien également diplômé. Ne sont pas considérés comme médicaments : les produits alimentaires, les eaux minérales, les fortifiants non médicamenteux, les produits de beauté, les produits de régime, les produits de substitution, les produits et objets à but contraceptif, les traitements de prévention, les savons, les crèmes, les shampoings, les émulsions, les produits de protection, les antiseptiques les produits de consommation quotidienne et de confort n'ayant aucune relation avec la maladie soignée, ainsi que les fournitures d'usage médicale courant (thermomètre, coton bande vessie, mercurochrome).

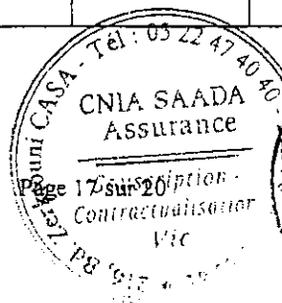


4

NATURE GÉNÉRALE	CATÉGORIE DES FRAIS	Taux de Remboursement	OBSERVATION
Frais de laboratoire et de radiologie	Analyses médicales Électro Radiologie	90%	Sont remboursés les travaux de laboratoires et examens électro radiologiques prescrits par ordonnance.
Acte de spécialiste et de pratique médicale courante	Injections, pansements, petits soins.	90%	L'accord de l'Assureur est nécessaire pour toute série qui dépasse 12 actes.
Traitements spéciaux	Électrothérapie, traitement par rayons ultraviolets, lumineux ou infrarouges, physiothérapie.	90%	L'accord de l'Assureur est nécessaire pour toute série qui dépasse 12 actes.
Hospitalisations chirurgicales dans les cliniques privées (Application du tarif de la convention signée avec les cliniques privées)	* Frais de séjour * Chirurgien, anesthésie * Salle d'opération	90%	Les visites effectuées par le médecin traitant pendant la durée d'hospitalisation ne sont garanties que s'il a été appelé en consultation par le chirurgien à la suite de complications.
Frais d'hospitalisations chirurgicales dans les hôpitaux publics		100%	Les services et taxes sont à la charge de l'Assuré.
Frais d'hospitalisations chirurgicales dans les polycliniques C.N.S.S		90%	Les suppléments tels que boissons, éclairage, chauffage, garde particulière, lit d'accompagnant, téléphone, taxe, ainsi que le matériel du bloc restent à la charge de l'Assuré.
Hospitalisations médicales	* Honoraires des médecins * Frais de séjour (clinique ou hôpital).	90%	
Tuberculose : Sanatorium Préventorium		90%	Sous réserve de l'accord préalable de l'Assureur
Optique (avec référence au tarif des opticiens)	Verres :	90%	Pour qu'une même personne puisse bénéficier de plusieurs remboursements, il est nécessaire que les verres soient modifiés par ordonnance médicale. Le même degré de dioptrie ne donnant droit qu'à un seul appareillage. Sont exclues la prothèse oculaire et les lentilles cornéennes sauf si il s'agit d'une forte myopie > 12°

Q

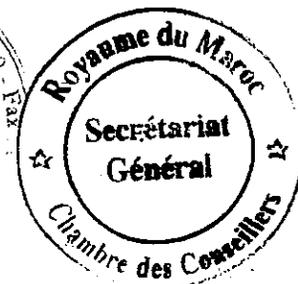
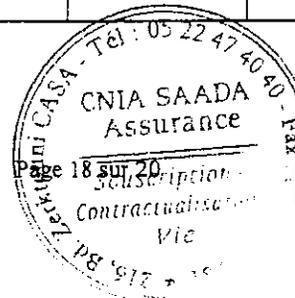
NATURE DES FRAIS	CATEGORIE DES FRAIS	Taux de Remboursement	REMARQUES
	Montures : Avec un max de	90% 2 000 DH	Prise en charge d'une monture par période de 24 mois.
Soins dentaires	D ou K = 25 DH	90%	Les extractions multiples au-delà de 5 dents nécessitent l'accord préalable de l'Assureur.
Prothèse dentaire	D ou K = 25 DH Avec un max de	90% 5 000 DH	L'accord préalable de l'Assureur est obligatoire. Le plafond est fixé par personne et par période de 12 mois.
ODF pour les enfants âgés de moins de 16 ans	D ou K = 25 DH Avec un max de	90% 5 000 DH par an	L'accord préalable de l'Assureur est obligatoire. Le plafond est fixé par personne et par période de 12 mois.
Maternité	Frais d'accouchement suite à une césarienne.	90%	En cas de césarienne, l'indemnité forfaitaire est exclue.
	Indemnité forfaitaire en cas d'accouchement normal :		
	- Simple	5 000 DH	
	- Gémellaire	7 500 DH	
Fausses couches accidentelles		EXCLUES	
Frais pré et post natals		90%	
Frais de transport du malade à l'intérieur du Maroc		EXCLUS	
Appareils d'orthopédie et de prothèse (à l'exclusion de la prothèse dentaire)		90%	Remboursement pour le même handicap du 1er appareillage seulement. Les yeux artificiels sont exclus de la garantie.
Cures thermales		90% 500 DH par jour	L'accord préalable de l'Assureur est requis obligatoire. La durée maximum de remboursement est fixée à 20 jours par période de 12 mois
Vaccins préventifs pour les enfants âgés de moins de 5 ans		90%	



②

**Catégorie : ANCIENS CONSEILLERS**

NATURE DES FRAIS	CATÉGORIE DES FRAIS	Taux de Remboursement	REMARQUES
Honoraires médecins	Consultation Visite Visite de nuit Visite Dimanche	80%	Sont considérés comme inclus dans le prix de la consultation ou de la visite, les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante, ainsi que les petits actes techniques, motivés par celle-ci (injections hypodermiques, intradermiques, musculaires, petits pansements, ventouses, points de feu, etc.)
Frais pharmaceutiques	Médicaments	80%	Ne sont remboursés que les médicaments prescrits par un médecin diplômé et délivrés par un pharmacien également diplômé. Ne sont pas considérés comme médicaments : les produits alimentaires, les eaux minérales, les fortifiants non médicamenteux, les produits de beauté, les produits de régime, les produits de substitution, les produits et objets à but contraceptif, les traitements de prévention, les savons, les crèmes, les shampoings, les émulsions, les produits de protection, les antiseptiques les produits de consommation quotidienne et de confort n'ayant aucune relation avec la maladie soignée, ainsi que les fournitures d'usage médicale courant (thermomètre, coton bande vessie, mercurochrome).
Frais de laboratoire et de radiologie	Analyses médicales Électro Radiologie	80%	Sont remboursés les travaux de laboratoires et examens électro radiologiques prescrits par ordonnance.
Acte de spécialiste et de pratique médicale courante	Injections, pansements, petits soins.	80%	L'accord de l'Assureur est nécessaire pour toute série qui dépasse 12 actes.
Traitements spéciaux	Électrothérapie, traitement par rayons ultraviolets, lumineux ou infrarouges, physiothérapie.	80%	L'accord de l'Assureur est nécessaire pour toute série qui dépasse 12 actes.



2

NATURE DES FRAIS	CATEGORIE DES FRAIS	Taux de Remboursement	OBSERVATION
Hospitalisations chirurgicales dans les cliniques privées (Application du tarif de la convention signée avec les cliniques privées)	* Frais de séjour * Chirurgien, anesthésie * Salle d'opération	80%	Les visites effectuées par le médecin traitant pendant la durée d'hospitalisation ne sont garanties que s'il a été appelé en consultation par le chirurgien à la suite de complications.
Frais d'hospitalisations chirurgicales dans les hôpitaux publics		100%	Les services et taxes sont à la charge de l'Assuré.
Frais d'hospitalisations chirurgicales dans les polycliniques C.N.S.S		80%	Les suppléments tels que boissons, éclairage, chauffage, garde particulière, lit d'accompagnant, téléphone, taxe, ainsi que le matériel du bloc restent à la charge de l'Assuré.
Hospitalisations médicales	* Honoraires des médecins * Frais de séjour (clinique ou hôpital).	80%	
Tuberculose : Sanatorium Préventorium		80%	Sous réserve de l'accord préalable de l'Assureur
Optique (avec référence au tarif des opticiens)	Verres :	80%	Pour qu'une même personne puisse bénéficier de plusieurs remboursements, il est nécessaire que les verres soient modifiés par ordonnance médicale. Le même degré de dioptrie ne donnant droit qu'à un seul appareillage. Sont exclues la prothèse oculaire et les lentilles cornéennes sauf si il s'agit d'une forte myopie >12°.
	Montures : Avec un max de	80% 2 000 DH	Prise en charge d'une monture par période de 24 mois.
Soins dentaires	D ou K = 25 DH	80%	Les extractions multiples au-delà de 5 dents nécessitent l'accord préalable de l'Assureur.
Prothèse dentaire	D ou K = 25 DH Avec un max de	80% 5 000 DH	L'accord préalable de l'Assureur est obligatoire. Le plafond est fixé par personne et par période de 12 mois.

Page 19 sur 20
 Souscription
 Contractuelle
 Tél: 05 22 47 40 40
 CNIA SAADA
 Assurance

Royaume du Maroc
 Secrétariat
 Général
 Chambre des Conseillers

4

NATURE DES FRAIS	CATEGORIE DES FRAIS	Taux de Remboursement	REMARQUES
ODF pour les enfants âgés de moins de 16 ans	D ou K = 25 DH Avec un max de	80% 5 000 DH par an	L'accord préalable de l'Assureur est obligatoire. Le plafond est fixé par personne et par période de 12 mois.
Maternité	Frais d'accouchement suite à une césarienne.	80%	En cas de césarienne, l'indemnité forfaitaire est exclue.
	Indemnité forfaitaire en cas d'accouchement normal :		
	- Simple	5 000 DH	
	- Gémellaire	7 500 DH	
Fausse couches accidentelles		EXCLUES	
Frais pré et post natal		80%	
Frais de transport du malade à l'intérieur du Maroc		EXCLUS	
Appareils d'orthopédie et de prothèse (à l'exclusion de la prothèse dentaire)		80%	Remboursement pour le même handicap du 1er appareillage seulement. Les yeux artificiels sont exclus de la garantie.
Cures thermales		80% 500 DH par jour	L'accord préalable de l'Assureur est requis obligatoire. La durée maximum de remboursement est fixée à 20 jours par période de 12 mois
Vaccins préventifs pour les enfants âgés de moins de 5 ans		80%	



CNIA SAADA

POLICE N° : 0995 250
SOUSCRIPTEUR : LA CHAMBRE DES CONSEILLERS

AGENT : ASS. AL FAHD
CODE : 20 204

AVENANT DE PRECISION ET DE MODIFICATION

D'un commun accord entre les parties soussignées, il est précisé ce qui suit :

Par dérogation aux dispositions de l'article 11 des Conditions Particulières, l'alinéa 2 relatif au remboursement des prestations médicales et chirurgicales réalisées à l'étranger est modifié comme suit

- Les frais des hospitalisations médicales ou chirurgicales programmées ne sont pris en charge qu'après accord préalable de la Compagnie.
- Les frais des hospitalisations médicales ou chirurgicales engagés suite à un accident de santé survenu lors d'un déplacement professionnel à l'étranger, sont remboursés sur la base des frais engagés par application du taux de remboursement et limites prévues par la police.

- Montant des primes :

La présente extension est accordée moyennant une surprime de **0,30%**.
Par conséquent, les taux de prime sont fixés à :

- Pour les Conseillers en exercice :

- **3,80%** des salaires (taxe sur contrats d'assurance comprise).

- Pour les Anciens Conseillers :

- **3,80%** des pensions (taxe sur contrats d'assurance comprise).

- Renouvellement du contrat

Par dérogation aux dispositions de l'article 10 des Conditions Particulières, il est précisé que le présent contrat est géré jusqu'au **31 Décembre 2010** par le biais du Cabinet **ASSURANCES AL FAHD**.

A compter du **1^{er} Janvier 2011**, la gestion sera transférée au **Bureau Direct** de la Compagnie.

Il n'est rien changé aux autres clauses et conditions de la police à laquelle, le présent avenant est annexé pour avoir la même force que s'il en faisait partie intégrante.

L'avenant doit être retourné signé par le **Souscripteur** dans un **délaï de vingt jours** à compter de sa date d'émission.

Fait à Casablanca, le 13 Juillet 2010

POUR PRENDRE EFFET, LE 1^{er} JANVIER 2010

LA CHAMBRE DES CONSEILLERS
Mohammed Fayzi **BENALLAL**
1^{er} Vice-Président
de la Chambre des Conseillers

