



TAAMINE LIFE ALGERIE

VIE * PREVOYANCE * SANTE

CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE :

**SYNDICAT NATIONAL
DES PRATICIENS
DE LA SANTE
PUBLIQUE
SNPSP**

2020



SOMMAIRE :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES	4
ARTICLE 1 : LOI REGISSANT LE CONTRAT	4
ARTICLE 2 : OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 3 : IDENTIFICATION DES PARTIES CONTRACTANTES	4
ARTICLE 4 : ADHESION AU CONTRAT	4
ARTICLE 5 : PERTE DE LA QUALITE D'ASSURE	5
ARTICLE 6 : OBLIGATIONS ET RESPONSABILITES DU SOUSCRIPTEUR	5
ARTICLE 7 : OBLIGATIONS ET RESPONSABILITES DE L'ASSUREUR	5
ARTICLE 8 : MODIFICATION DU CONTRAT	6
TITRE II : ETENDUES DES GARANTIES	6
ARTICLE 9 : CAPITAL DECES	6
ARTICLE 10 : INCAPACITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)	6
ARTICLE 11 : MALADIE REDOUTEES	6
ARTICLE 12 : MALADIE ET SOINS ANNEXES	7
ARTICLE 13 : HOSPITALISATION DANS LES CLINIQUES PIVEES	7
ARTICLE 14 : GARANTIES DE TRANSPORT	8
ARTICLE 15 : INDEMNITES FORFAITAIRES	8
ARTICLE 16 : TIERS PAYANT « PATIENT MANAGEMENT »	9
TITRE III : COTISATIONS	10
ARTICLE 17 : MONTANT DES COTISATIONS	10
ARTICLE 18 : MODALITE DE PAIEMENT DES PRIMES	11
TITRE IV : INDEMNISATIONS	11
ARTICLE 19 : DECLARATION DES SINISTRES	11
ARTICLE 20 : MODALITES D'OBTENTION DES PRESTATIONS	11
TITRE V : AUTRES DISPOSITIONS	13
ARTICLE 21 : CONFIDENTIALITE	13
ARTICLE 22 : PRESCRIPTION	13
ARTICLE 23 : CAS DE FORCE MAJEURE	13
ARTICLE 24 : CONDITIONS DE RESILIATION	14
ARTICLE 25 : DUREE ET RENOUELLMENT DU CONTRAT	15
ARTICLE 26 : DOMICILIATION DU CONTRAT	15
ANNEXES :	16
ANNEXE N°01 : TABLEAU DES PRESTATIONS MALADIE & SOINS ANNEXES	17
ANNEXE N°02 : INDEMNITES FORFAITAIRES	19
ANNEXE N°03 : PRESTATIONS TIERS PAYANT « PATIENT MANAGEMENT »	20

TITRE I :
DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 : LOI REGISSANT LE CONTRAT

Le présent contrat d'assurance « Groupe », est régi par l'Ordonnance n°95-07, du 25 janvier 1995, relative aux assurances, modifiée et complétée par la Loi n°06-04, du 20 février 2006.

ARTICLE 2 : OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir, aux adhérents du Souscripteur, des prestations en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, de décès accidentel ou d'incapacités permanentes, ainsi que les couvertures complémentaires prévues aux présentes.

ARTICLE 3 : IDENTIFICATION DES PARTIES CONTRACTANTES

1. **Assureur :** EPE/SPA TAAMINE LIFE ALGERIE (par abréviation, TALA), représentée par sa Direction Générale ;
2. **Souscripteur :** Syndicat National des Praticiens de la Santé Publique (par abréviation, SNPSP) représenté par son Président ;
3. **Assuré :** L'Adhérent au Souscripteur et ayant renseigné et signé le bulletin d'adhésion ;
4. **Bénéficiaire(s) :**
 - 4.1. **Garantie décès :** Personne(s) physique(s) désignée(s) par l'Assuré dans le bulletin d'adhésion. A défaut de désignation, ce sont les ayants-droits de l'Assuré, conformément aux dispositions légales régissant la succession ;
 - 4.2. **Garanties d'incapacités :** L'Assuré lui-même ;
 - 4.3. **Autres garanties :**
 - 4.3.1. L'Assuré ;
 - 4.3.2. Le(s) conjoint(s) de l'Assuré, salarié(e)(s) ou non salarié(e)(s) ;
 - 4.3.3. Les enfants à charge de l'Assuré, au titre des allocations familiales.

ARTICLE 4 : ADHESION AU CONTRAT

Pour bénéficier de la qualité d'Assuré, l'Adhérent doit remplir un bulletin d'adhésion, par lequel il donne son consentement à l'assurance Groupe, ainsi qu'une « autorisation de prélèvement sur compte CCP » (document fourni par ALGERIE POSTE), au titre de la perception de la prime mensuelle.

ARTICLE 5 : PERTE DE LA QUALITE D'ASSURE

Sauf les cas de réticence ou de fausse déclaration, faite intentionnellement par l'Assuré, celui-ci ne peut être éliminé de l'assurance contre son gré, tant qu'il fait partie de l'effectif assurable et paye ses primes. On entend par réticence, l'omission volontaire de la part de l'Assuré de déclarer un fait de nature à modifier l'opinion que l'Assureur se fait du risque.

L'Assuré cesse de bénéficier des garanties accordées par le présent contrat, en cas de sortie de l'assurance, notamment par la perte de sa qualité d'Adhérent au Souscripteur, laquelle ne peut être prononcée que par un « Bureau de Wilaya », un « Bureau Régional » ou par le « Bureau National ». Dans ce cas, l'Assureur n'est tenu, dans les conditions du présent contrat, qu'au paiement des prestations induites par un sinistre survenu antérieurement à la date de la sortie de l'assurance.

ARTICLE 6 : OBLIGATIONS ET RESPONSABILITES DU SOUSCRIPTEUR

Le Souscripteur s'oblige à faire toutes les déclarations nécessaires, dans les formes requises par l'Assureur. Celui-ci se réserve le droit de vérifier, à tout moment, l'exactitude de ses déclarations.

A cet effet, le Souscripteur s'engage à mettre à la disposition des représentants de l'Assureur tous les documents en sa possession, afin de lui permettre de procéder à cette vérification.

A la fin de chaque exercice le Souscripteur fournira à l'Assureur un récapitulatif de tous les mouvements enregistrés au courant de l'exercice.

ARTICLE 7 : OBLIGATIONS ET RESPONSABILITES DE L'ASSUREUR

L'Assureur s'engage à effectuer l'ensemble des actes de gestion nécessaires (voir les Annexes n°01, 02 et 03), et il veillera à la bonne exécution de toutes les obligations mises à sa charge, dans le présent contrat d'assurance, ainsi que le suivi des dossiers sinistres, selon les règles techniques communément connues dans la profession.

L'Assureur s'engage à régler tout sinistre déclaré, dans un délai qui ne doit en aucun cas dépasser trente (30) jours, à compter de la date de sa déclaration et de la remise de l'ensemble des pièces justificatives des prestations.

L'Assureur accepte d'honorer ses engagements, avec toute la diligence et les soins requis.

ARTICLE 8 : MODIFICATION DU CONTRAT

Toutes modifications aux clauses et conditions du contrat d'assurance Groupe, s'effectueront d'un commun accord et doivent faire l'objet d'un avenant au contrat de base souscrit, signé par les deux parties.

TITRE II : ETENDUES DES GARANTIES

ARTICLE 9 : CAPITAL DECES

En cas de décès de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause, il est prévu, pour l'ensemble des adhérents au présent contrat, un capital égal à **Deux Millions de Dinars (2.000.000,00 DA)**, tel que déclaré à la souscription.

Le capital décès est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) au bulletin d'adhésion, sinon, à défaut de désignation, ledit capital sera versé aux héritiers légaux, selon les règles de la « *Frédha* ».

ARTICLE 10 : INCAPACITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD), l'Assureur verse à l'Assuré par anticipation, le capital prévu en cas décès.

Il est entendu par IAD, lorsque l'Assuré est réputé, depuis plus de douze (12) mois, dans un état d'infirmité irréversible, le mettant dans l'impossibilité de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, lui rapportant gain ou profit, voire nécessitant l'assistance d'une tierce personne, pour accomplir les actes ordinaires de la vie (au sens de la 3^{ème} catégorie des invalides de la sécurité sociale).

ARTICLE 11 : MALADIE REDOUTÉES

En cas d'atteinte des maladies dites redoutées, qui ne sont pas classées en troisième catégorie par la Sécurité Sociale (affections qui entraînent un traitement prolongé et une thérapie particulièrement coûteuse), l'Assureur garantit à l'Assuré, **jusqu'à concurrence de 50% du Capital Décès déductible**, en cas de diagnostic d'une des graves maladies, ci-dessous :

- 1) Cancer ;
- 2) Crise cardiaque (infarctus du myocarde) ;
- 3) Accident vasculaire cérébral ;
- 4) Insuffisance rénale terminale ;
- 5) Pontage aortocoronarien ;
- 6) Greffe d'un organe vital ;
- 7) Sclérose en plaques.

N.B. : La maladie redoutée doit être survenue au cours du contrat.

Ainsi, le capital versé par l'Assureur permettra le maintien, partiellement ou totalement, du niveau de vie de l'Assuré, de l'aider dans le remboursement de ses prêts et de financer les dépenses supplémentaires liées à sa maladie.

ARTICLE 12 : MALADIE ET SOINS ANNEXES

Cette garantie a pour objet de couvrir les personnes définies à l'Article 3 alinéa 4.3., ci-dessus, afin d'accéder aux prestations énumérées à l'Annexe n°01, lorsque les soins prévus sont dispensés par des Praticiens diplômés et reconnus comme tels, par le Ministère chargé de la Santé Publique.

Sur présentation des pièces justificatives, l'Assureur garantit le remboursement des prestations maladies et soins annexes, jusqu'à concurrence de **90% des frais réels**, bien entendu dans les limites respectives figurant à l'Annexe n°01, cependant, sans que le cumul annuel ne dépasse le plafond de **400.000.00 DA** par Assuré.

Les remboursements des frais concernent les volets suivants¹ :

1. **Honoraires médicaux ;**
2. **Frais pharmaceutiques ;**
3. **Frais dentaires ;**
4. **Frais optiques :** Lorsque le Bénéficiaire, sur prescription médicale, est astreint au port de lunettes de près et de lunettes de loin, les deux (02) montures sont prises en charge ;
5. **Frais de maternité ;**
6. **Actes d'exploration.**

ARTICLE 13 : HOSPITALISATION DANS LES CLINIQUES PRIVEES

Cette garantie a pour objet de couvrir les personnes définies à l'Article 3 alinéa 4.3., ci-dessus, et consiste en la prise en charge des frais dans les cliniques privées, dans la **limite de 90% des frais réels engagés**, bien entendu dans les limites respectives, pour :

1. Toutes les opérations chirurgicales médicalement justifiées ;
2. Donner suite à :
 - 2.1. Une maladie ;
 - 2.2. Un accident ;
 - 2.3. Un accouchement par césarienne ou sans complication.

¹ Voir le détail à l'Annexe n°01 du présent document.

Les frais du séjour et autres frais, indispensables pour le bon déroulement des opérations, sont également pris en charge, au titre de la présente garantie, à concurrence de **90% des frais réels engagés** et dans la limite de **Deux Mille Cinq Cent Dinars (2.500 DA)** par jour pour une période maximale de **Six (06) jours**, pour les hospitalisations normales.

N.B. : Toutefois, les opérations esthétiques, non thérapeutiques sont exclues de la présente garantie.

ARTICLE 14 : GARANTIES DE TRANSPORT

1. TRANSPORT DU MALADE :

1.1. En Algérie : Le remboursement des frais de transport du malade et de l'accompagnateur, jusqu'à concurrence de **Dix Mille Dinars (10.000 DA)**, lorsque l'évacuation vers un centre médical ou hospitalier est prescrite par le Médecin traitant.

1.2. A l'étranger : Le remboursement des frais de transport du malade et de l'accompagnateur sera effectué. Il est exigé du ou des bénéficiaires de fournir, dès leur retour et avant tout remboursement, les pièces justificatives suivantes :

1.2.1. La souche de billets utilisés pour les déplacements ;

1.2.2. Les documents prouvant la réalisation de l'objet de la prise en charge (soins reçus – opération effectuée à l'étranger) ;

1.2.3. La prescription du Médecin habilité pour le transfert du malade.

N.B. : Cette prestation n'est servie qu'une (01) fois par an.

ARTICLE 15 : INDEMNITÉS FORFAITAIRES

Des indemnités forfaitaires sont allouées à l'occasion de la survenance d'un des événements énumérés ci-après :

1. FORFAIT MARIAGE :

En cas de mariage de l'Assuré, il lui sera versé une indemnité de **Vingt Mille Dinars (20.000 DA)**, sur présentation d'une pièce d'état civil.

Cette indemnité est servie une (01) seule fois par Assuré.

2. FORFAIT NAISSANCE :

Une indemnité d'un montant de **Vingt Mille Dinars (20.000 DA)** est versée à l'Assuré, en cas de naissance d'un enfant, sur présentation d'un bulletin de naissance.

10

3. FORFAIT CIRCONCISION :

Une indemnité d'un montant de **Douze Mille Dinars (12.000 DA)** est versée à l'Assuré, en cas de circoncision d'un enfant, sur présentation d'un certificat de circoncision.

4. FORFAIT FUNERAIRE :

Sur production d'un acte de décès, une allocation de **Vingt Mille Dinars (20.000 DA)** est consentie en cas de décès d'une des personnes désignées ci-après :

- le conjoint ;
- les enfants à charge de l'Assuré ;
- le père et la mère de l'Assuré ;

5. PÈLERINAGE ET OMRA : allocation d'un forfait de **Trente Mille dinars (30.000 DA)** par Assuré, payable en une seule fois dans la vie pour **quatre (04) Assurés par an.**

N.B. : Lorsque les époux font partie du personnel du Souscripteur, et sont tous les deux adhérents à la présente convention, il est accordé à chacun d'eux le bénéfice du :

- Forfait mariage ;
- Forfait naissance ;
- Forfait circoncision ;
- Forfait funéraires, en cas de décès des enfants.

ARTICLE 16 : TIERS PAYANT « PATIENT MANAGEMENT »

1. HOTLINE INFORMATIONS MEDICALES :

La hotline informations médicales donne accès à des renseignements dispensés par des professionnels de la santé : Médecins, Infirmiers, Sagefemme.

7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur une ligne téléphonique dédiée : 021 98 00 63, l'équipe médicale de l'Assureur communique au Bénéficiaire des informations et conseils médicaux sur des :

- Pathologies, épidémies, ...etc. ;
- Médicaments, génériques, effets secondaires, contre-indications, interactions avec d'autres médicaments, ainsi que les précautions à prendre en cas de grossesse ou d'allaitement ;
- Vaccinations et préparation aux voyages ;
- Alimentation et diététique ;
- Hygiène de vie ;
- ...etc.



L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, le Médecin de l'Assureur conseillerait au Bénéficiaire de consulter son Médecin traitant.

2. ORIENTATION MEDICALE :

Cette offre de service est destinée aux adhérents de l'assurance « Tiers Payant », étendue à leurs enfants et conjoints, et soumise aux limites contractuelles¹. Le service orientation médicale comprend les prestations suivantes :

- 2.1. Accueil téléphonique, de 09h00 à 17h00, sur une ligne dédiée : 021 98 00 63, avec message personnalisé ;
- 2.2. Vérification de la souscription, sur la base du fichier de Bénéficiaires, transmis par le Souscripteur ;
- 2.3. Orientation de tous les Bénéficiaires vers le réseau médical conventionné de l'Assureur, adapté en fonction de leurs demandes ;
- 2.4. Garantie de paiement auprès du réseau médical conventionné pour les Assurés en cas d'hospitalisation, d'imagerie et d'analyses médicales.

TITRE III : COTISATIONS

ARTICLE 17 : MONTANT DES COTISATIONS

En contrepartie des prestations offertes par l'Assureur, une cotisation forfaitaire mensuelle est arrêtée.

Le montant de la cotisation nette, pour bénéficier de l'ensemble des garanties accordées au titre du présent contrat, est fixé à **Deux Mille Quarante Dinars (2 040 DA)**, par Assuré et par mois, représentant pour :

1. Le risque décès, une prime de **Trois Cent Quatre-vingt-dix Dinars (390 DA)** ;
2. La garantie maladie et soins annexes, une prime de **Mille Six-cent Cinquante Dinars (1 650 DA)**.

Toute modification dans les limites des prestations, prévues par le présent contrat, suppose la modification du montant de la cotisation.

¹ Voir le détail à l'Annexe n°03.

ARTICLE 18 : MODALITÉ DE PAIEMENT DES PRIMES

Le paiement mensuel des primes s'effectue automatiquement, par prélèvement du montant cité à l'Article 17, ci-dessus, directement sur le compte CCP de l'Assuré, selon les termes figurant sur le document fourni par ALGERIE POSTE.

**TITRE IV :
INDEMNISATIONS**

ARTICLE 19 : DECLARATION DES SINISTRES

Tout sinistre doit faire l'objet d'une déclaration. L'envoi des déclarations sinistres se fera comme convenu, au niveau des représentations locales du Souscripteur, lesquelles constituent les dossiers sinistre, selon les prérequis définis ci-dessous, à l'Article 20, ci-dessous, et les mettront à la disposition de l'Assureur, dans le cadre d'une opération permanente de collecte, par les Services conventionnés.

L'Assuré est tenu de déclarer l'ensemble des prestations, pendant l'exercice de survenance, dans un délai ne dépassant pas les **six (06) mois**.

La déclaration du décès et des maladies redoutées, outre sa formalisation d'usage, doit être faite, dans les **sept (07) jours** suivant la survenance du sinistre, sur l'adresse électronique suivante :

snp@tala.dz

ARTICLE 20 : MODALITES D'OBTENTION DES PRESTATIONS

A l'effet d'ouvrir droit aux indemnités prévues par le présent contrat, pour chaque prestation, il y a lieu de présenter les documents justificatifs suivants :

1. DECES :

Le souscripteur doit produire les pièces justificatives suivantes :

- 1.1. Un acte de décès ;
- 1.2. Un certificat médical indiquant les causes de décès de l'assuré ;
- 1.3. Les pièces établissant que la personne décédée possédait au moment du décès la qualité d'Assuré, telles que le bulletin d'adhésion, le certificat d'assurance et la liste de déclaration mensuelle ;
- 1.4. Tous les documents justificatifs que l'Assureur jugera utile de demander pour le règlement du dossier (exemple PV d'accident).

2. INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE :

L'Assuré doit faire la déclaration à l'Assureur dans les trois (03) mois qui suivent la reconnaissance de l'IAD, et produire les documents suivants :

- 2.1. Une attestation détaillée du médecin de l'Assuré, précisant les causes et nature de l'invalidité ;
- 2.2. Une copie de la notification de la sécurité sociale, indiquant le classement de l'Assuré dans la troisième (3^{ème}) catégorie des invalides, et lui octroyant la majoration de 40% de la rente d'invalidité, au titre de l'assistance de la tierce personne.

3. MALADIE ET SOINS ANNEXES :

L'Assuré doit fournir à chaque déclaration les pièces justificatives relatives aux prestations perçues :

- 3.1. Une note d'honoraires ;
- 3.2. Une note de frais de clinique ;
- 3.3. Le bulletin de soins ;
- 3.4. Une copie des ordonnances ;
- 3.5. Une copie des prescriptions des actes ;
- 3.6. Le compte rendu des actes médicaux ;
- 3.7. Une copie de la feuille de soins CNAS, pour les soins et prothèses dentaires ;
- 3.8. Le dossier médical, pour les hospitalisations et les actes médicaux, et les maladies redoutées.

4. FRAIS PHARMACEUTIQUES :

L'Assureur s'engage à rembourser dans les conditions suivantes :

- 4.1. La garantie est limitée aux médicaments prescrits par un Médecin sur ordonnance ;
- 4.2. Le dossier de remboursement doit être accompagné du bulletin de soins ;
- 4.3. Copie (scannée) de l'ordonnance, avec une copie (scannée) des vignettes vertes et les vignettes rouges (originales) collées ;
- 4.4. Facture originale ou copie scannée du Pharmacien, en cas d'achat de médicaments avec carte « Shifa ».

5. PRESTATIONS FORFAITAIRES :

- 5.1. **Forfait mariage** : un acte de mariage ;
- 5.2. **Forfait naissance** : un bulletin de naissance ;
- 5.3. **Forfait circoncision** : un certificat médical de circoncision ainsi qu'une fiche familiale ;
- 5.4. **Forfait funéraire** : un bulletin acte de décès du défunt ainsi qu'une fiche familiale ;
- 5.5. **Forfait Hadj et Omra** : une copie du passeport et visa, la souche du billet d'avion et le cachet d'entrée aux Lieux-saints.

**TITRE V :
AUTRES DISPOSITIONS**

ARTICLE 21 : CONFIDENTIALITE

Aussi bien le Souscripteur que l'Assureur sont tenus au secret professionnel. Ils s'engagent en particulier à n'utiliser les documents et informations divulgués, que dans le cadre du présent projet.

ARTICLE 22 : PRESCRIPTION

Le délai de prescription, pour toutes actions de l'Assuré ou de l'Assureur, nées du présent contrat d'assurance, est de trois (03) années, à partir de l'événement qui lui donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas de :

- Réticence ou de déclaration fausse ou inexacte sur le risque assuré, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- Survenance du sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance.

La prescription peut être interrompue par :

- Les causes ordinaires d'interruption, telles que définies par la Loi ;
- La désignation d'un Expert ;
- L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, à l'Assuré par l'Assureur, en matière de paiement de prime ;
- L'envoi d'une lettre recommandée, à l'Assureur par l'Assuré, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 23 : CAS DE FORCE MAJEURE

Toute circonstance indépendante de la volonté des parties, imprévisible, insurmontable et irrésistible, survenant postérieurement à la date d'entrée en vigueur du contrat, et faisant obstacle à son exécution, est considérée cas de force majeure.

La partie désireuse de se prévaloir d'un cas de force majeure devra notifier par écrit à l'autre partie dès le commencement des circonstances évoquées. Elle est tenue d'en préciser les causes, et de faire diligence pour qu'il soit remédié par ses soins, par tous les moyens possibles.

En cas de force majeure, et si l'une des parties ne peut, de ce fait, exécuter ses obligations, l'exécution du contrat sera immédiatement suspendue, à compter de

la survenance de ce cas de force majeure, et reprendra normalement dès la disparition de celui-ci. Toutefois, aucune prolongation de délai, même justifiée, n'est accordée à une partie si celle-ci n'a pas avisé l'autre partie du cas de force majeure, dès le début de sa survenance.

ARTICLE 24 : CONDITIONS DE RESILIATION

En cas d'inexécution de ses obligations, une partie est mis en demeure par l'autre partie, d'avoir à remplir ses engagements contractuels dans les délais fixés au contrat.

Après l'expiration de la première mise en demeure, restée infructueuse, une deuxième mise en demeure est notifiée, pour l'exécution des obligations dans un délai maximal de quinze (15) jours calendaires.

Faute par la partie mise en demeure de remédier à la carence qui est imputable, dans le délai supplémentaire, de dix (10) jours calendaires, fixé par la 2^{ème} mise en demeure, la partie lésée peut, unilatéralement procéder à la résiliation du contrat aux torts exclusifs de la partie défaillante.

La partie diligente ne peut se voir opposer la résiliation du contrat, lors de la mise en œuvre, par ses soins, des clauses contractuelles de garantie, et des poursuites tendant à la réparation du préjudice qu'il a subi par la faute de la partie défaillante.

Outre la résiliation unilatérale visée ci-dessus, il peut être également procédé à la résiliation contractuelle du contrat, dans les conditions expressément prévues à cet effet.

La résiliation peut également intervenir d'un commun accord. Dans ce cas le document de résiliation signé des deux parties doit prévoir :

1. La reddition des comptes établis en fonction des prestations exécutées et restant à effectuer ;
2. La vérification de l'état d'application de l'ensemble des clauses du contrat ;
3. En cas de résiliation, pour quelque cause que ce soit, y compris le cas de force majeure, ladite résiliation ne portera pas atteinte aux droits et obligations sur la partie déjà exécutée du contrat jusqu'à son accomplissement.

ARTICLE 25 : DUREE ET RENOUELLMENT DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance Groupe, défini à l'Article 2, ci-dessus, sera conclu pour une durée de (05) années, il prend effet le **01 Janvier 2020** à 00 heure pour suivre et continuer jusqu'au **31 Janvier 2020** à 24 heure, date à laquelle il se renouvellera d'année en année par tacite de reconduction sauf, dénonciation expresse, par l'une ou l'autre partie, trois (03) mois avant chaque échéance.

ARTICLE 26 : DOMICILIATION DU CONTRAT

Le présent contrat sera domicilié au niveau de l'Agence TALA Blida (Code : 1140)

Fait à *Alger*,
le **02 JAN. 2020**

P/Souscripteur

Dr. Lyes MERABET



P/Assureur

M. BENALLEGUE Mohamed El-Amine
Directeur Général



REPUBLIQUE ALGERIENNE

LE MINISTRE DE L'ENERGIE ET DES MINIERES

LE DIRECTEUR GENERAL

LE DIRECTEUR ADJOINT

LE DIRECTEUR REGIONAL

LE DIRECTEUR LOCAL

LE DIRECTEUR CENTRAL

LE DIRECTEUR REGIONAL

LE DIRECTEUR LOCAL

LE DIRECTEUR CENTRAL

LE DIRECTEUR REGIONAL

LE DIRECTEUR LOCAL

LE DIRECTEUR CENTRAL

LE DIRECTEUR REGIONAL

LE DIRECTEUR LOCAL

LE DIRECTEUR CENTRAL

LE DIRECTEUR REGIONAL

LE DIRECTEUR LOCAL

LE DIRECTEUR CENTRAL

LE DIRECTEUR REGIONAL

LE DIRECTEUR LOCAL

LE DIRECTEUR CENTRAL

LE DIRECTEUR REGIONAL

Signature



ANNEXES :



Handwritten mark

Handwritten signature

**ANNEXE N°01 :
TABLEAU DES PRESTATIONS MALADIE & SOINS ANNEXES**

ACTES MEDICAUX		MONTANT DES GARANTIES Plafond annuel par bénéficiaire 400.000 DA Taux de remboursement 90% des Frais Réels (FR)
SOINS MÉDICAUX NOMENCLATURE	Consultation Généraliste	90% Frais Réels 1.200 DA par acte
	Consultation Spécialiste	90% Frais Réels 1 500 DA par acte
	Radiographie	90% des frais réels 2 500 DA par acte
	Traitements spéciaux (K)	90 % Frais Réels 2 500 DA par acte
ACTES DE SPÉCIALISTES	Tout type d'analyses	90% Frais Réels 5 000 DA par acte
	Echographie	90% Frais Réels 2 000 DA par acte
	IRM	90% Frais Réels 20 000 DA par an
	Scanner	90% Frais Réels de 20 000 DA par an
HOSPITALISATION	Honoraires chirurgicaux et frais accessoires à une opération	90% Frais Réels Jusqu'à concurrence de 100 000 DA par bénéficiaire et par an
	Frais de séjour en clinique	Jusqu'à concurrence de 2 500 DA/jour avec une limite de 6 jours
TRANSPORT DU MALADE	En Algérie :	Remboursement : Jusqu'à concurrence de 10 000 DA Conditions : Le transport doit être prescrit par un médecin pour l'évacuation de l'assuré vers un centre médical hospitalier.
	A l'étranger :	Remboursement : L'ensemble des frais de transport dans la limite d'un (01) billet aller/retour par an en classe économique Conditions : Le transport doit être prescrit par un médecin
MATERNITE	Accouchement normal	35 000 DA par acte
	Accouchement avec césarienne	50 000 DA par acte

	Vignettes vertes	20% des frais réels (en complément de la CNAS)
FRAIS PHARMACEUTIQUES	Vignettes rouges	60 % Frais Réels Jusqu'à concurrence de 10.000 DA par an
	Verres optiques ordinaires	90% Frais Réels limite de 5 000 DA par an
FRAIS OPTIQUES	Verres optiques progressifs	90% Frais Réels limite de 10 000 DA par an
	Montures	90% Frais Réels limite de 5 000 DA par an
	Lentille de contact	90% Frais Réels limite de 10 000 DA par an
CURE THERMALE	jusqu'à concurrence de 15 000 DA par an et par prestataire, conditionnée par une prise en charge CNAS	
FRAIS DENTAIRES	Soins dentaires	90% Frais Réels 2 500 DA par acte
	Radios	90% Frais Réels 2 000 DA par acte
	Chirurgies dentaires	90% Frais Réels 3 000 DA par acte
	Orthodontie, Prothèses et Resserrage	90% Frais Réels 20 000 par garantie et par an
PROTHESES	Prothèses auditives	90% Frais Réels Jusqu'à concurrence de 20 000 DA
	Prothèses orthopédiques	90% Frais Réels Jusqu'à concurrence de 20 000 DA

**ANNEXE N°02 :
INDEMNITES FORFAITAIRES**

RUBRIQUE DES INDEMNITES	MONTANT DES INDEMNITES FORFAITAIRES EN DA
Forfait mariage	20.000
Forfait naissance	20.000
Forfait circoncision	12.000
Frais funéraires	20.000
Pèlerinage & Omra	30.000

**ANNEXE N°03 :
PRESTATIONS TIERS PAYANT « PATIENT MANAGEMENT »**

ACTES MEDICAUX	PATIENT MANAGEMENT	LIMITE DE COUVERTURE
MATERNITE	Consultations pré et post-natales	90% des Frais Réels Conformément aux plafonds contractuels
	Echographie de grossesse	
	Accouchement sans complication	
	Accouchement avec complication	
ACTES EXPLORATOIRES	Frais de séjour du bénéficiaire	Hotline informations médicales Information remboursement : Plafonds, procédures, délais, ...etc. Orientation vers le réseau de prestataires conventionné et gestion des prises en charge des Assurés.
	Analyses médicales	
	Radiographie standard	
	Echographie	
	Examen vasculaire	
HOSPITALISATION	Scanner	
	IRM	
	Hospitalisation chirurgicale en clinique	
	Frais de séjour du bénéficiaire	

--	--	--	--	--

N° D'ADHÉSION

Police.....

**DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION
 À L'ASSURANCE GROUPE**

Partie réservée à TALA ASSURANCES

CONTRACTANT : (Souscripteur à l'assurance groupe)
 Nom ou raison sociale :
 Adresse :

Délivrée le :
 Effet de l'adhésion :

ADHÉRENT :

Nom : Nom de jeune fille :
 (En lettres capitales)
 Prénom : Date de naissance : Sexe :
 Adresse personnelle :

Situation de famille : Célibataire – Marié(e) – Veuf (ve) – Divorcé(e) Nombre d'enfants à charge :
 (au sens des allocations familiales)

Lieu de l'emploi : Fonction :

Date d'entrée en service : Capital Décès →

ENFANTS À CHARGE :

Prénom	Date de naissance	Prénom	Date de naissance
.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e), demande à être admis(e) à l'Assurance contractée par :
 l'autorise à souscrire sur ma tête une Assurance en cas de décès, pour un capital dont le montant est défini ci-dessus, et approuve
 les conditions générales et particulières de la police.

BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS (1) :

Je désigne comme bénéficiaire(s) du capital en cas de décès :
 Noms – Prénoms : (lien éventuel de parenté).....

(1) Le contrat prévoit que les bénéficiaires du capital sont ceux que vous aurez désignés ci-dessus. Vous pouvez les désigner nommément ou par leur seule qualité telle que : Conjoint, mes enfants, etc...

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ADHÉRENT

Aucune question ne doit être laissée sans réponse - Les réponses doivent être écrites en toutes lettres

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1° Etes-vous déjà assuré pour les mêmes risques : si oui :
N° de Police.....Capitaux assurés..... | 1°..... |
| 2° Avez-vous été refusé par une Société d'assurance ? ou ajourné ? ou accepté
avec surprime ? ou accepté avec des exclusions de garantie ? | 2°..... |
| 3° Etes-vous actuellement et habituellement en bon état de santé ? | 3°..... |
| 4° Votre état de santé vous permet-il actuellement d'exercer normalement
votre activité professionnelle à temps complet ?
Si non, depuis quelle date avez-vous cessé votre travail ? | 4°..... |
| 5° Avez-vous dans le passé cessé votre travail par suite de maladie ou d'accident ?
Si oui, indiquer la nature de la maladie ou de l'accident, les dates et durée de
ces arrêts de travail..... | 5°..... |
| 6° Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement d'une maladie aiguë ou Chronique ?
Si oui, indiquer laquelle, et depuis quelle date..... | 6°..... |
| 7° Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?
Si oui, indiquer lesquelles et les dates..... | 7°..... |
| 8° Etes-vous atteint d'infirmités congénitales ou accidentelles ?
Si oui, indiquer lesquelles, et depuis quelles dates..... | 8°..... |
| 9° Avez-vous une pension d'invalidité civile ou militaire ?
Si oui, indiquer le motif, le taux, la date d'attribution..... | 9°..... |
| 10° Avez-vous été exempté du service national ou ajourné ou réformé ?
Si oui, indiquer le motif..... | 10°..... |
| 11° Autres indications non prévues ci-dessus et permettant de renseigner les
Assureurs sur votre état de santé ? | 11°..... |

J'autorise en outre le médecin de TALA ASSURANCES à prendre connaissance de mon dossier médical, auprès de la Caisse de Sécurité Sociale pour tout sinistre que je déclarerai au titre du présent contrat.

Les sanctions prévues par les articles 21, 75 et 88 de l'ordonnance 95-07 du 25-01-1995 modifiée et complétée par la loi 06-04 du 20-02-2006 (nullité de l'Assurance – réduction de la somme assurée) pourraient être appliquées en cas de sinistre s'il était prouvé que l'Adhérent avait fait une fausse déclaration.

Fait à.....le...../...../20.....

Signature de l'Adhérent.

Cachet du contractant

LA PRÉSENTE DEMANDE D'ADHÉSION DOIT ÊTRE TRANSMISE À **TALA ASSURANCES** PAR L'INTERMÉDIAIRE DU SOUSCRIPTEUR DE L'ASSURANCE GROUPE.

CONDITIONS PARTICULIÈRES D'AFFILIATION

Partie réservée à **TALA ASSURANCES** :



BULLETIN DE SOINS

Souscripteur	Assuré / Adhérent(e)
Nom ou Raison sociale :	Nom et Prénom :
Adresse :	Malade/ Blessé : l'assuré – conjoint – ascendant - descendant (*) Nom et prénom (s)
.....
.....

(*) Biffer les mentions inutiles

Nom et prénom (s) du malade :

S'agit-il d'un accident ? oui non si oui, date de survenance :

Partie à remplir par le médecin

A - ACTES MEDICAUX

B – EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Nature de l'acte	Cachet et visa du praticien	Montant des honoraires payés	Montant de la facture	Cachet et visa du pharmacien ou du laboratoire / opticien
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C – HOSPITALISATION

Date	Nom et adresse de l'établissement	Date d'entrée	Date de sortie	Montant des frais	Cachet et visa de l'établissement
.....
.....
.....
.....
.....

Remarques importantes

- 1/ Faire remplir par le praticien la partie qui lui est réservée
- 2/ Faire porter par le praticien le coefficient des actes pratiqués
- 3/ Joindre les pièces justificatives : notes et honoraires, bulletins d'analyse etc
- 4/ Fournir les feuilles de décompte de la sécurité sociale relative au paiement des frais médicaux et pharmaceutiques et éventuellement des indemnités journalières.

Fait à Le / / 20.....

Signature de l'assuré.