

5.3 Modèle de trame et exemple de rédaction d'un contrat d'assurance santé

Exemple de trame de contrat

Bloc 1

Les parties au contrat, c'est-à-dire le système de micro-assurance santé et l'adhérent dans le cas d'un contrat individuel; le système de micro-assurance et l'organisme (coopérative, syndicat, entreprise, etc.) souscrivant le contrat pour le compte de ses membres dans le cas d'un contrat collectif.

Le cadre législatif: loi ou code s'appliquant au contrat.

Le type de contrat: individuel ou collectif.

Bloc 2

L'objet du contrat.

Bloc 3 Dans le cas d'un contrat collectif uniquement

Les dispositions concernant le contrat passé entre le système de micro-assurance et l'organisme:

- la prise d'effet, la durée, le renouvellement;
- les modifications possibles;
- la résiliation du contrat;
- les dispositions en cas de litige.

Bloc 4 Dispositions concernant la couverture d'assurance

Les conditions pour pouvoir bénéficier de la couverture:

- définition de l'adhérent;
- définition des ayants droit.

L'adhésion:

- formalités d'adhésion;
- prise d'effet de l'adhésion;
- durée de l'adhésion et renouvellement;
- modifications de l'adhésion: pour chaque modification, date à laquelle la demande de modification doit être effectuée, supports spécifiques utilisés et date de prise d'effet de la modification;
- résiliation: date pour effectuer une demande de résiliation, supports spécifiques utilisés, date de prise d'effet de la résiliation;
- exclusion d'un adhérent: circonstances de l'exclusion, délai pour informer l'adhérent concerné, date de prise d'effet;
- exclusion d'un ayant droit: circonstances de l'exclusion, délai pour informer l'adhérent et l'ayant droit concernés par la radiation, date de prise d'effet.

La cessation des garanties et des services.

Bloc 5 Dispositions concernant les garanties et les services auxiliaires

Les garanties:

- liste des services de santé couverts;

- liste des actions ou événements dont les conséquences médicales ne sont pas prises en charge (ex.: épidémies, guerres);
- délais de carence, le cas échéant;
- dans le cas où le système ne prévoit pas de tiers payant sur l'ensemble des services: déchéance de tout droit aux prestations, c'est-à-dire délai maximal dont bénéficie l'adhérent pour effectuer une demande de remboursement;
- modalités de règlement des prestations: paiement en espèces, par chèque ou virement sur un compte bancaire ou postal;
- possibilité de choisir la formule de couverture le cas échéant;
- grille des formules de couverture avec pour chaque formule les services couverts et les niveaux de prise en charge.

Les services auxiliaires (ex.: programme de prévention).

Bloc 6 Dispositions concernant les cotisations

- principe de calcul de la cotisation d'une famille à partir des tarifs individuels;
- grille tarifaire;
- règles de mise à jour des tarifs;
- modalités de paiement des cotisations.

Exemple de rédaction d'un contrat individuel

EXEMPLE DE CONTRAT D'ASSURANCE INDIVIDUELLE

Société d'assurance La Prévoyance (nom fictif)

Préambule

Le présent contrat, régi par la loi _____ (*loi ou code s'appliquant*) a été conclu entre La Prévoyance ci-après dénommée «la société d'assurance» dont le siège social est fixé à _____ (*adresse*) d'une part, et «l'adhérent» d'autre part.

Il s'agit d'un contrat d'assurance individuelle.

Article 1 – L'objet

Le présent contrat a pour objet d'offrir à **l'adhérent** et aux membres de sa famille une couverture d'assurance santé comprenant des garanties et des services.

Article 2 – Les conditions pour pouvoir bénéficier de la couverture

Définition de l'adhérent - Toute personne âgé(e) de plus de 18 ans, domiciliée dans la préfecture de K. et ne bénéficiant d'aucune autre couverture d'assurance santé (sécurité sociale, assurance privée ou autre) a la possibilité d'adhérer au contrat.

Définition de l'ayant droit - **L'adhérent** peut choisir parmi les membres de sa famille (conjoint, concubin, ascendant, descendant, collatéral) un ou plusieurs ayants droit. Le nombre d'ayants droit n'est pas limité. En revanche les ayants droit doivent tous être nommément inscrits sur la fiche d'adhésion. Ils bénéficient des mêmes garanties et services que **l'adhérent**. Pour être inscrits les ayants droit ne doivent pas bénéficier d'une autre couverture d'assurance santé (sécurité sociale, assurance privée ou autre).

Article 3 – L'adhésion

Formalités d'adhésion - **L'adhérent** doit remplir une demande d'adhésion et la remettre à **la société d'assurance**, qui se réserve le droit d'accepter ou de refuser la demande d'adhésion.

Prise d'effet de l'adhésion - L'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la demande d'adhésion, à condition que la demande d'adhésion ait été acceptée.

Durée de l'adhésion et renouvellement - L'adhésion dure une année; elle est ensuite renouvelée annuellement par tacite reconduction.

Ajout/radiation d'un ayant droit - **L'adhérent** peut demander l'ajout d'un ayant droit à tout moment par écrit. Cet ajout prend effet le premier jour du mois suivant la demande. Il peut demander la radiation d'un ayant droit à tout moment par écrit. Cette radiation ne prend effet qu'à la date anniversaire de l'adhésion sauf en cas de décès de l'ayant droit: dans ce cas elle prend effet le premier jour du mois suivant le décès. Un ayant droit radié ne peut être réintégré avant deux ans.

Modification des garanties - **L'adhérent** peut demander la modification des garanties choisies au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. La modification prend effet à cette date anniversaire.

Souscription à/suppression d'un service - **L'adhérent** peut demander la souscription à un service ou la suppression d'un service au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. Elles prennent effet à cette date anniversaire.

Autres modifications - **L'adhérent** peut également demander de modifier le fractionnement de la cotisation, le mode de paiement de la cotisation ou le mode de règlement des prestations. La demande doit être effectuée au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. La modification prend effet à cette date anniversaire.

Il peut enfin demander la modification d'informations administratives à tout moment. Ces modifications prennent effet à la date de réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par **l'adhérent**.

Résiliation - **L'adhérent** a la possibilité de résilier son adhésion. La demande doit parvenir à **la société d'assurance** au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. La résiliation prend effet à cette date.

Exclusion d'un adhérent - **L'adhérent** peut être exclu du contrat en cas de fraude et d'abus manifestes de sa part. L'exclusion est à effet immédiat sans préavis.

En cas de retard de paiement des cotisations de 15 jours, **l'adhérent** reçoit une lettre de mise en demeure de payer. Si la situation n'est pas régularisée dans les 15 jours qui suivent, les garanties et services sont suspendus et le restent en l'absence de régularisation. Au bout de trois mois consécutifs de suspension, **l'adhérent** est exclu du contrat. Il est en outre redevable des prestations indûment touchées pendant la période précédant la suspension (15 jours de retard de paiement + 15 jours de mise en demeure).

Un **adhérent** exclu ne peut à nouveau adhérer à un contrat individuel ou collectif de la société d'assurance ni être ayant droit dans le cadre d'un contrat pendant deux ans.

Exclusion d'un ayant droit - Un ayant droit peut être exclu du contrat en cas de fraude et d'abus manifestes de sa part. L'exclusion est à effet immédiat sans préavis. Un ayant droit exclu ne peut adhérer à un contrat individuel ou collectif de **la société d'assurance** ni être ayant droit dans le cadre d'un contrat pendant deux ans.

Article 4 – La cessation des garanties et des services

Les garanties et les services cessent pour **l'adhérent** et les ayants droit à la date à laquelle l'adhésion prend fin, que cela soit par résiliation, exclusion ou décès. Ils cessent également pour un ayant droit à la date de son exclusion ou de sa radiation.

En cas de décès de **l'adhérent**, les garanties et les services cessent pour les ayants droit le premier jour du mois suivant le décès. Les ayants droit, ou leur tuteur légal si tous les ayants droit sont mineurs, peuvent s'ils le souhaitent adhérer à un contrat individuel équivalent à compter de la date de cessation des garanties.

Article 5 – Les garanties

Liste des services de santé couverts – Seuls certains services de santé dispensés dans les centres de santé et à l'hôpital préfectoral de K. sont pris en charge. Il s'agit des services de santé suivants:

- dans les centres de santé: consultations, pharmacie (uniquement médicaments de la liste des médicaments essentiels*), accouchements simples, radios, analyses;
- à l'hôpital: consultations, pharmacie (uniquement médicaments de la liste des médicaments essentiels*), hospitalisation médicale, accouchements simples, accouchements dystociques, radios, analyses, chirurgie non programmée. Les actes de chirurgie programmée peuvent dans certains cas faire l'objet d'une prise en charge. L'accord de prise en charge doit être demandé avant la réalisation des soins (formulaires d'entente préalable).

* La liste des médicaments essentiels est disponible au siège de **la société d'assurance**, dans chaque centre de santé et à la pharmacie de l'hôpital préfectoral de K.

Liste des actions ou événements dont les conséquences médicales ne sont pas prises en charge – En cas de guerre ou d'épidémie, les services de santé mentionnés ci-dessus ne sont pas pris en charge.

Délais de carence – Seules les dépenses de santé engagées trois mois au moins après la date de l'adhésion, ou trois mois au moins après la date d'affiliation d'un ayant droit, peuvent faire l'objet d'une prise en charge. Ce délai est porté à 9 mois pour les services de santé «Accouchements simples» et «Accouchements dystociques». Il est porté à 12 mois pour le service «Chirurgie programmée».

Déchéance de tout droit aux prestations – La demande de remboursement doit être effectuée au plus tard six mois après la date des dépenses médicales. Passé ce délai les dépenses ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Modalités de règlement des prestations – Le règlement des prestations est effectué en espèces dans chaque antenne de **la société d'assurance** ou au niveau de la caisse centrale. Le règlement peut également être effectué par chèque ou par virement sur le compte bancaire ou postal de **l'adhérent**. Le mode de règlement des prestations est choisi au moment de l'adhésion. Les règlements ont lieu le premier jour du mois suivant la réception de la demande de remboursement.

Niveaux de prise en charge – Les niveaux de prise en charge sont identiques pour les adultes et les enfants. **L'adhérent** peut choisir la garantie «Centre de santé», la garantie «Hôpital» ou les deux simultanément. La(les) garantie(s) choisie(s) s'appliquent à **l'adhérent** et ses ayants droit.

| Garantie «Centre de santé» | |
|----------------------------|---------------------------|
| Services couverts | Niveau de prise en charge |
| Consultations | 100% dépenses engagées |
| Pharmacie | 100% dépenses engagées |
| Accouchements simples | 100% dépenses engagées |
| Radios | 80% dépenses engagées |
| Analyses | 80% dépenses engagées |

| Garantie «Hôpital» | |
|---------------------------|---------------------------|
| Services couverts | Niveau de prise en charge |
| Consultations | 100% dépenses engagées |
| Pharmacie | 100% dépenses engagées |
| Hospitalisation médicale | 100% dépenses engagées |
| Accouchements simples | 100% dépenses engagées |
| Accouchements dystociques | 100% dépenses engagées |
| Radios | 80% dépenses engagées |
| Analyses | 80% dépenses engagées |
| Chirurgie non programmée | 100 % dépenses engagées |
| Chirurgie programmée* | 100 % dépenses engagées |

*Uniquement sur entente préalable

Article 6 – Les services auxiliaires et optionnels

Les services sont proposés en option moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

Tiers payant pharmaceutique – il s'agit de la dispense d'avance de frais dans les pharmacies ayant signé une convention avec **la société d'assurance** pour les médicaments et consommables médicaux prescrits par le personnel de santé des centres de santé conventionnés et de l'hôpital préfectoral de K. La liste des pharmacies et centres de santé conventionnés est disponible auprès de **la société d'assurance**.

Tiers payant hospitalier – il s'agit de la dispense d'avance de frais à l'hôpital préfectoral de K. pour les services suivants: hospitalisation médicale, accouchements simples, accouchements dystociques, chirurgie non programmée.

Transport en urgence – il s'agit de la prise en charge de la course en taxi pour le transport en urgence à l'hôpital préfectoral de K. d'un malade incapable de marcher ou d'une femme en travail. La course est prise en charge à hauteur de 100% des dépenses engagées dans la limite de 4500 UM par évacuation.

En outre les adhérents et leurs ayants droit peuvent participer gratuitement à un programme de prévention et d'information santé. La liste des activités de prévention et des séances d'information santé sont disponibles au siège de **la société d'assurance**.

Article 7 – Les cotisations

Principe de calcul de la cotisation d'une famille – La cotisation familiale est la somme des tarifs individuels des personnes couvertes de la famille.

Grilles tarifaires

| | Garantie «Centre de santé» | | Garantie «Hôpital» | |
|-------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Tarif annuel adulte (UM) | Tarif annuel enfant (UM) | Tarif annuel adulte (UM) | Tarif annuel enfant (UM) |
| Districts ruraux | 2000 | 1500 | 1500 | 1000 |
| Districts urbains | 2400 | 1800 | 1800 | 1200 |

| | Tarif annuel par personne (UM) |
|--------------------------|--------------------------------|
| Tiers payant pharmacie | 200 |
| Tiers payant hospitalier | 50 |
| Transport en urgence | 100 |
| Information/Prévention | gratuite |

Règles de mise à jour des tarifs – Les tarifs sont indexés sur le taux officiel d'inflation. Ils sont modifiés chaque année à la fin de l'exercice pour l'exercice suivant. Les nouveaux tarifs s'appliquent à tous les adhérents et leurs ayants droit.

Modalités de paiement des cotisations – Le paiement des cotisations peut être effectué par semaine, par mois ou par semestre selon le souhait de **l'adhérent**. Les cotisations peuvent être payées par prélèvement automatique, par chèque ou en espèces. Le fractionnement et le mode de paiement sont choisis au moment de l'adhésion.