

**CAHIER DES CHARGES DE LA GARANTIE
MALADIE – MATERNITE**

Dispositions Générales

SOMMAIRE

TITRE I
CONVENTION ET NATURE DES PRESTATIONS

CHAPITRE I : OBJET DE LA CONVENTION – NATURE DES PRESTATIONS

Section I : Objet de la convention

Article 1 : Risques garantis

La convention avec les prestataires a pour objet de garantir les risques ci-après :

- maladie ;
- maternité ;
- soins des accidentés ;
- actes de spécialité ;
- soins dentaires ;
- frais d'optique.

Section II : Nature des prestations

Article 2 : Frais remboursés

En cas de réalisation d'un acte des risques ci-dessus, l'AMAT-CI s'engage lorsque les conditions de la garantie sont remplies, au remboursement des frais :

- médicaux ;
- pharmaceutiques ;
- d'hospitalisation ;
- d'analyse et de radiographie ;
- de transport médicalisé ;
- d'optique médicale et de lunetterie ;
- de soins dentaires ;
- de maternité (frais prénataux, frais d'accouchement, frais postnataux) ;
- de traitements spéciaux.

Article 3 : Frais réels

Pour chaque dépense relative aux actes médicaux accomplis, le remboursement des frais est effectué dans les limites des tarifs conventionnés et n'excède pas le montant réel des frais engagés.

CHAPITRE II : EXPOSE DES RISQUES GARANTIS

Section 1 : Maladie

Article 4 : Frais médicaux

Les frais médicaux concernant les actes médicaux accomplis par un médecin diplômé exerçant dans un établissement conventionné.

Ils sont remboursés sur la base du barème contenu dans la convention.

Article 5 : Centres médicaux retenus

Les consultations et les visites relèvent de la compétence des médecins du centre médical Paul Antoine BOHOUN BOUABRE et des établissements conventionnés.

Néanmoins, les spécialités n'existant pas au centre médical Paul Antoine BOHOUN BOUABRE et dans les structures conventionnées sont soumises à entente préalable.

Dans ce dernier cas, les frais exposés obéissent au régime classé tel que défini dans les tarifs conventionnés.

Article 6 : Frais de pharmacie pris en compte

Les frais de pharmacie pris en compte concernent les dépenses en médicaments et fournitures à caractère thérapeutique, prescrits par un médecin diplômé et exerçant dans un établissement conventionné sur un bon de prise en charge valant ordonnance et délivré par un pharmacien conventionné.

Article 7 : Remboursement des frais pharmaceutiques

Les conditions de remboursement des frais pharmaceutiques sont définies dans la convention entre l'AMAT-CI et la pharmacie.

Article 8 : Remboursement des ordonnances et frais de pharmacie

En plus des prescriptions de l'article 6 précédent, le feuillet blanc du bon de prise en charge valant ordonnance doit être accompagné du ticket de caisse.

Article 9 : Etendue de la garantie d'hospitalisation

La garantie d'hospitalisation n'est valable que pour les hospitalisations faites sur le territoire national.

Elle s'applique aux frais de séjour du malade dans tout établissement de soins conventionné suite à une prescription médicale en vue d'une opération ou d'un traitement consécutif à un accident ou à une maladie garantie.

Article 10 : Etendue de la garantie d'hospitalisation

La garantie d'hospitalisation s'étend à la prise en charge :

- du matériel opératoire ;
- des actes de chirurgie et de spécialité accomplis par un praticien diplômé, traitant suite à une maladie ou un accident garanti ;
- des frais de pansement pendant l'hospitalisation ;
- des frais pharmaceutiques et des visites médicales ;
- des examens complémentaires.

D'une manière générale, il s'agit des interventions chirurgicales et de spécialité accomplies dans le cadre des règles définies par la réglementation en rigueur.

Article 11 : Transports médicalisés

Les transports médicalisés sont assurés par les ambulances du Centre Médical Paul Antoine BOHOUN BOUABRE.

Toutefois, en cas d'urgence, le membre peut recourir aux services du SAMU ou des Sapeurs-Pompiers Militaires.

Les frais exposés seront remboursés dans la limite du montant retenu dans le barème des prestations du cahier des charges.

Article 12 : Couverture des frais d'hospitalisation

La couverture des frais d'hospitalisations est faite sur la base d'une lettre de prise en charge délivrée par l'AMAT-CI sur présentation d'un avis d'hospitalisation.

Article 13 : Délivrance de la lettre de prise en charge

La lettre de prise en charge est subordonnée à un avis d'hospitalisation transmis à l'AMAT-CI par l'établissement de soins conventionné dans un délai de vingt-quatre (24) heures après l'admission du malade.

Article 14 : Remboursement des frais de pharmacie et d'examens complémentaires liés à une hospitalisation ou à une intervention chirurgicale

Les frais de pharmacie et d'examens complémentaires liés à une hospitalisation ou à une intervention chirurgicale sont couverts sur présentation d'une facture détaillée à l'AMAT-CI pour règlement.

Article 15 : Frais de séjour de la mère ou de l'accompagnant

Les frais de séjour de la mère ou de l'accompagnant en clinique ou dans un hôpital ne sont pris en charge que si :

- l'âge de l'enfant malade est inférieur ou égal à huit (08) ans ;
- le séjour est prescrit par le médecin diplômé traitant.

La garantie, sauf prorogation des soins par le médecin traitant, ne joue que pour une durée maximale de trois (03) jours.

Si intervention chirurgicale, le séjour peut se prolonger au-delà de trois (03) jours pour l'accompagnant.

Le montant de la garantie par journée est limité à 50 % du prix des journées remboursé pour la chambre de l'enfant de moins de huit (08) ans.

Le plafond de garantie en hospitalisation et le régime des tickets modérateurs sont ceux définis dans la convention.

Article 16 : Analyses et radiographies

Les analyses et radiographie ne sont garanties que si elles sont prescrites par les médecins remplissant les conditions de l'article 4 précédent et exécutées par un laboratoire ou une structure conventionnée par l'AMAT-CI.

Elles ne doivent pas en plus être afférentes à une affection exclue.

Section II : Maternité

Article 17 : Etendue des frais de maternité

Les frais de maternité concernent les dépenses occasionnées par la grossesse et celles exposées pendant la période qui suit l'accouchement jusqu'au retour des couches deux mois après l'accouchement.

Ainsi, sont couverts au titre de la maternité, les frais :

- prénataux ;
- exposés pendant l'accouchement ;
- liés à l'hospitalisation ;
- postnataux.

Il est entendu que les frais de grossesse et d'accouchement des enfants des membres ne sont pas couverts par l'AMAT-CI.

Article 18 : Dépenses prénatales remboursées

Au titre des frais prénataux, et dans les limites des plafonds définis dans la convention, ne sont remboursées que les dépenses relatives à :

- quatre (04) échographies ;
- un (01) bilan prénatal.

Au-delà de ces limites seront appliquées les dispositions de l'article 33 relatif aux frais et soins soumis à entente préalable.

Article 19 : Frais d'un accouchement normal ou chirurgical

En cas d'accouchement normal ou chirurgical, les frais d'accouchement sont remboursés sur la base des plafonds définis dans la convention.

Article 20 : Frais occasionnés par les complications d'un accouchement

En cas de complications dues à l'accouchement, les frais occasionnés seront remboursés dans les limites des tarifs conventionnels à condition que la complication ne relève pas d'une faute professionnelle.

Toutefois, les dépenses réelles exposées au-delà des plafonds définis dans la convention, peuvent être remboursées après analyse et les dépenses concernées sont celles exposées à compter du onzième jour d'hospitalisation.

Article 21 : Indemnité d'accouchement

Un forfait accouchement est accordé lorsque les frais d'accouchement dans un établissement public n'ont pas été couverts par une prise en charge de l'AMAT-CI.

Article 22 : Déclaration des grossesses

Les grossesses doivent être déclarées à l'AMAT-CI au plus tard avant la fin du troisième mois de gestation.

Article 23 : Accouchements prématurés

Les accouchements prématurés sont garantis au même titre que les accouchements normaux.

Article 24 : Fausses couches

Les frais engagés à la suite d'une fausse couche ne sont pris en charge que dans le cas des grossesses arrêtées avec confirmation échographique préalable.

Section IV : Soins dentaires et frais d'optique

Article 29 : Soins dentaires

La couverture des dépenses relatives aux soins dentaires s'étend aux frais de :

- soins
- extractions
- obturation

Toutefois, ces soins doivent être exécutés par un praticien diplômé, régulièrement inscrit au tableau de l'ordre national des chirurgiens-dentistes et exerçant dans un établissement conventionné.

Article 30 : Frais d'optique

Dans la limite des plafonds définis dans la convention, sont couverts, les frais d'acquisition ou de remplacement de verres prescrits par un médecin diplômé, régulièrement inscrit au tableau de l'ordre national et exerçant dans un établissement conventionné.

Pour chaque membre ou ayant droit, la présente garantie joue une seule fois chaque deux (2) ans.

Article 31 : Bon de prise en charge

Le médecin conseil délivre un bon de prise en charge à l'établissement d'optiques conventionné sur présentation de l'ordonnance prescrite par un médecin ophtalmologique remplissant les conditions exigées à l'article précédent.

Section V : Actes de spécialité et traitements spéciaux

Article 32 : Actes de spécialité

Sont considérés comme actes de spécialité : l'électrothérapie, l'endoscopie, et les traitements :

- par rayon ultraviolet, lumineux ou infrarouge ;
- par dialyses rénales ;
- par isotope radioactif, curiethérapie et röntgenthérapie de tumeurs.

Section VI : Frais, soins et médicaments soumis à entente préalable

Article 33 : Liste des frais et soins soumis à entente préalable

Sont soumis à entente préalable tous les examens complémentaires ainsi que les frais et soins suivants :

- gouttière occlusale ;
- kinésithérapie consécutive à un accident garanti ;
- séances de rééducation consécutive à un accident garanti ;
- soins au laser ;
- soins dispensés par des auxiliaires médicaux ;
- prothèses dentaires ;
- extraction dentaire sous anesthésie générale ;
- appareil de prothèse et d'orthopédie ;
- mammographie ;
- préparations magistrales ;
- traitement au long court (durée supérieure à 1 mois) ;
- chimiothérapie ;
- avortement à but thérapeutique ;
- traitement hormonal ;
- rééducation respiratoire ;
- séances aérosol ORL ;
- spirométrie et exploration fonctionnelle respiratoire ;
- exploration ophtalmologique : angiographie ;
- intervention chirurgicale programmée ;
- orthophonie ;
- kinésithérapie des affections médicales ;
- tous les actes d'anatomie pathologie ;
- autres soins ou traitements spécifiques.

Article 34 : Liste des médicaments soumis à entente préalable

Est soumis à entente préalable, l'achat des médicaments suivants :

- hormones :
 - décapeptyl (que dans les cas d'endométriose et cancer de la prostate) ;
 - danatrol ;
 - parlodel ;
 - utrogestan ;
- tous les traitements antiulcéreux (sur présentation de la fibroscopie) ;
- les antihypertenseurs ;
- les antidiabétiques ;
- chimiothérapie (cancéreuse) ;
- tout antihypercholestérolémiant ;
- chibroprosar (et tout autre médicament contre l'hypertrophie prostatique).

TITRE II
EXCLUSIONS

CHAPITRE I : EXCLUSIONS D'ORDRE GENERAL

Section I : Actes intentionnels et autres dommages

Article 35 : Dommages non garantis

Ne sont pas garantis les dommages causés par :

- les catastrophes naturelles et situations de guerre ;
- les actes intentionnels avec la complicité du membre ou de l'ayant droit ;
- les fautes dolosives ;
- les suicides ou tentatives de suicide ;
- les mutilations volontaires ;
- l'ivresse ;
- l'usage de stupéfiants.

Section II : Infirmité

Article 36 : Frais médicaux exclus

Est exclue, la couverture de tous frais relatifs à toute infirmité, anomalie, ou à tout défaut corporel ou autres maladies congénitales définitives.

CHAPITRE II : EXCLUSIONS SPECIFIQUES

Section I : Frais médicaux exclus

Article 37 : Liste

Sont exclus de la convention, les frais relatifs à :

- orthodontie dento faciale, orthoptie ;
- traitements para ontologiques (détartrage, greffe, lambeau, curetage) ;
- psychothérapie ;
- médecine alternative – traditionnelle – herboristerie ;
- homéopathie – phytothérapie – mésothérapie ;
- traitement de la stérilité primaire et secondaire ;
- traitements pour asthénie et cure de repos ;
- traitements esthétiques ;
- cure de synéchie (examens diagnostiques, traitements) ;
- traitements à but contraceptif, bilan et traitements de stérilité et d'hypofertilité ;
- traitement ou soins donnés par toute personne non qualifiée pour exercer la médecine ainsi que leurs conséquences ;
- implants ;
- les frais liés aux anomalies constitutionnelles et les anomalies physiologiques ;
- contraception ;
- check-up (bilan de santé systématique) ;
- soins prophylactiques et dépistages systématiques – produits alimentaires ou de régime ;
- matériel médical (béquille, canne anglaise, collier cervical, ceinture lombaire, prothèse des interventions).

Ces exclusions s'étendent aux visites :

- d'embauche ;
- prénuptiales ;
- préscolaires et aux frais n'ayant pas reçus l'accord préalable du service médical de l'AMAT-CI ;
- systématiques (enquêtes familiales) ;
- liées aux demandes de visa.

Elles s'étendent également aux hospitalisations dues au VIH dans les structures privées.

Section II : Frais de pharmacie exclus

Article 38 : Contraception et tests de grossesse

Sont exclus, tous les frais relatifs à l'achat de produits contraceptifs ou test de grossesse.

Ainsi, à titre indicatif, ne sont pas couverts les produits suivants :

- MINIPHASE
- MINIDRIL
- STEIRIL
- ADEPAL
- PHYSIOSTAT
- NOVT
- AVOSTAT
- TARO-CAPGYMOPHASE
- MINI ANOVLAR
- PHARMATEX
- TRIELLA
- NORQUENTIEL
- STERILET
- NORI STERAT
- UTROGESTAN
- DIANE
- VARNOLINE
- SPERMICIDES
- TESTS DE GROSSESSE
- PRESERVATIFS

Article 39 : Traitement et bilan de stérilité

Tout traitement ou bilan de stérilité est exclu.

Ainsi, à titre indicatif, ne sont pas couverts les produits et examens suivants :

- DUPHASTON
- HUMEGON
- PROVIRON
- GONADOTROPHINE
- SPERMOGRAMME

- INDUCTOR
- CLOMID
- COLPORMONE
- PROGESTERONE
- NP 17
- NEOPERGONAL
- YOHIMBINE HOUDE
- HDG 5000
- ONDOGYNE
- HORGON
- SYNERGON
- TRILANDREN
- CANTOR
- GRAVIBINAN
- DANATOR
- PARLODEL
- ANDROCUR
- SUPREFAT

Article 40 : Aliments diététiques, anorexigènes et orexigènes

Les produits alimentaires, de régime ou de remplacement sont exclus. Ainsi, à titre indicatif, ne sont pas couverts :

- TISANE
- ISOMERIDE
- KONJAX 750
- ALGUEPHINA
- PLANTES MEDECINALES
- ELIXIRS ET VINS

Article 41 : Produits cosmétiques et savons antiseptiques

Tout produit cosmétique ou savon antiseptique est exclu.

Ainsi, à titre indicatif ne sont pas couverts les produits suivants :

- SAVON
- CREME DE BEAUTE
- CHAMPOINGS
- LAIT DE BEAUTE
- TRICANA
- DENTIFRICE
- POUDRE SALVATIS
- MERCRYL
- TALC
- EKTOGAN POUDRE
- APHTIRIA
- PAPS
- ELUDRIL

- HEXTRIC
- ETC...
- TOUT SAVON ANTISEPTIQUE
- CYTEAL
- NOBACTER
- SOLUBACTER

Article 42 : Accessoires médicaux en dehors d'une hospitalisation, aliments et accessoires de bébé

Tous les accessoires médicaux en dehors d'une hospitalisation ainsi que tous les aliments et accessoires de bébé ne sont pas garantis.

A titre indicatif, il s'agit de :

- BANDE
- COMPRESSE
- SPARADRAP
- THERMOMETRE
- SERINGUES
- TRANSFUSEUR
- TRICOSTERIL
- APPAREIL AEROSOL
- GANTS DE CRIN
- ALCOOL A 60/90°
- ETHER
- MERCUROCHROME
- PERFUSEUR
- EPICRANIENNE
- GLYCERINE
- EAU OXYGENEE
- NATIVA
- DIASE
- GUIGOZ
- BLEDINE, BLEDINA
- FARINE
- GERBER
- LAITS CORPORELS
- OVOMALTINE
- BIBERONS

Article 43 : Fortifiants et antiasthéniques

Les fortifiants et les antiasthéniques ne sont pas couverts.

A titre indicatif, ne sont pas garantis les produits suivants :

- VIVAMYNE

- OLIGO-ELEMENTS
- ALVITYL
- HYDROSOL
- VITASCOBOL
- SUPRADYNE
- CAC 1000
- GURONSAN
- STIMOL
- CERVIVIT
- CYTOSTIMULINE
- SAGENOR
- CAL C VITA

Article 44 : Autres médicaments exclus

Ne sont pas couverts :

- les médicaments prescrits par une personne autre qu'un médecin diplômé ;
- les médicaments achetés sans prescription médicale ;
- la nivaquine, la quinine et les autres antipaludéens prescrits à titre préventif ;
- l'aspirine, le paracétamol et dérivés prescrits à titre préventif ;
- les antiseptiques ;
- les médicaments concernant la médecine alternative traditionnelle, herboristerie, naturothérapie ;
- les produits d'hygiène corporelle, cosmétique, de beauté d'amaigrissement, d'esthétique et de rajeunissement ;
- les produits diététiques anorexigènes et les produits similaires ou dérivés sous quelques forme que ce soit ;
- les objets à usage médical tels que thermomètre, seringue, vessie, poire à lavement, sonde, ventouse, gant de crin, bandage ; etc...
- les eaux minérales ;
- les accessoires chirurgicaux ou médicaux ;
- le traitement homéopathique, la phytothérapie et mesa thérapie ;
- les médicaments n'ayant pas reçu d'accord préalable du service médical de l'AMAT-CI ;
- les laxatifs sauf le Débridat ;
- les anti-acnéiques.

Il est entendu que la liste des produits cités n'est pas limitative.

Section III : Frais d'hospitalisation exclus

Article 45 : Frais d'hospitalisation non remboursés

Au titre des frais d'hospitalisation, ne sont pas remboursés les traitements et opérations chirurgicales à but esthétique ou de rajeunissement.

Article 46 : Frais de séjour de la mère non couverts

Ne sont pas couverts, les frais de séjour de la mère ou de toute personne la remplaçant dans un établissement en cas d'hospitalisation lorsque :

- l'enfant est âgé de plus de 8 ans ;
- le séjour n'a pas été prescrit par le médecin traitant.

Article 47 : Frais d'analyse non couverts

Ne sont pas couverts les frais d'analyses :

- exécutées par un laboratoire non conventionné par l'AMAT-CI ;
- non prescrites par un médecin diplômé ;
- relatives aux affections non garanties.

Article 48 : frais de radiologie non garantis

Ne sont pas garantis les frais de radiologie :

- exécutée par un service de radiologie non conventionné par l'AMAT-CI ;
- non prescrite par un médecin diplômé ;
- relative aux affections non garanties.

Section IV : Actes de spécialité

Article 49 : Psychologie et autres

Ne sont pas couverts au titre de la convention, les frais relatifs :

- à la psychiatrie ;
- à la psychothérapie.

En outre, ces exclusions s'étendent aux dépenses de dyslexie.

Article 50 : Frais de kinésithérapie non couverts

Ne sont pas couverts tous les frais :

- de kinésithérapie préventive et sédative ;
- de rééducation ou de massage ;
- de rééducation périnéale, urologique et gynécologique ;
- d'acupuncture, physiothérapie.

La liste n'est pas limitative.

Article 51 : Frais de rééducation non couverts

Ne sont pas couverts, les frais relatifs aux :

- bilans de santé ;
- traitements préventifs ;
- bilans d'obésité ;
- bilans d'allergie.
-

Section V : Frais d'optique et soins dentaires

Article 52 : Frais d'optique non couverts

Les verres, les lentilles de contact non prescrits par un médecin ophtalmologue diplômé et exerçant dans un établissement conventionné par l'AMAT-CI ne sont pas couverts.

Article 53 : Frais des soins dentaires

Au titre des soins dentaires, ne sont pas couverts :

- les appareils d'orthodontie ;
- les implants ;
- les soins à caractère esthétique (blanchissement et détartrage des dents).

Section VI : Maternité et accidents

Article 54 : Accidents et maladies exclus

Sont exclus de la convention, les accidents et les maladies professionnels couverts par le régime spécifique de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale et de l'Inspection du Travail.

TITRE III
OBLIGATIONS DES PARTIES, EXPERTISE ET SECRET PROFESSIONNEL

CHAPITRE I : OBLIGATIONS DES PARTIES

Section I : Obligations d'information

L'AMAT-CI est tenue :

- de remettre aux membres un document qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de maladie ;
- d'informer par écrit les membres des modifications qu'il est prévu le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations.

Article 57 : Objet des prestations

Conformément aux dispositions de l'article 3, les prestations ont pour objet le remboursement des frais à concurrence des limites fixées dans les dispositions particulières et du montant réel des frais engagés.

L'AMAT-CI s'engage, sans délai, à mettre en œuvre toutes les actions nécessaires pour remédier à toute survenance de prestations non conformes aux prescriptions du présent cahier des charges.

Section II : Obligations du membre

Article 58 : Frais subordonnés à entente préalable

Lorsqu'il est prévu que la prise en charge des frais est subordonnée à entente préalable, le membre ou l'ayant droit est tenu de présenter le bulletin ou la facture pro-forma au médecin conseil de l'AMAT-CI.

Toutes les pathologies chroniques doivent être déclarées à l'AMAT-CI.

Article 59 : Cas de coma

En cas de coma ou de perte des capacités cognitives et verbales, la déclaration doit être faite au plus tard dans les trente (30) jours à compter de la constatation médicale :

- préciser dans cette déclaration, le nom et l'adresse du malade, la nature de la maladie ou de l'accident pour autant qu'il connaisse, les noms et adresse du médecin traitant (ou du spécialiste), des témoins ou du tiers responsable (s'il y a lieu) et, le cas échéant le nom du médecin, de l'établissement où il est hospitalisé ;
- transmettre à l'AMAT-CI dans les trente (30) qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement, toutes les pièces justificatives des frais détaillés qu'il a exposés notamment les notes d'honoraires des médecins, les notes de frais de pharmacie, de clinique ou d'hôpital, les ordonnances etc... ces pièces doivent être datées et acquittées et rappeler le nom de la personne soignée, ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident ;
- répondre à toute demande concernant la maladie et préciser notamment, l'époque à laquelle a eu lieu la première constatation médicale ;
- accepter, si l'AMAT-CI le juge nécessaire, de se soumettre à une contre-expertise qui pourra déterminer les frais réels du sinistre.

Toutefois, le médecin du membre ou de l'ayant droit est avisé préalablement de la date prévue pour la contre-visite, afin de permettre à celui-ci d'y assister.

Section III : Sanctions

Article 60 : Déchéance

La production de renseignements ou de documents intentionnellement faux entraîne la perte du droit à l'indemnité pour le sinistre en cause et, en cas de récidive, la suspension du membre et de ses ayants droit de l'effectif des personnes garanties au titre de la convention, comme stipulé dans l'article 91 du règlement intérieur de l'AMAT-CI.

CHAPITRE II : EXPERTISE ET SECRET PROFESSIONNEL

Section I : Expertise

Article 61 : Contestations

Les contestations d'ordre médical entre l'AMAT-CI et le membre relatives :

- à l'application de la convention ;
- au règlement des prestations ; à l'exagération des soins données ou des sommes réclamées par rapport aux affections traitées ;

sont soumises avant toute instance judiciaire, à l'expertise d'un médecin statuant sans formalité et nommé par les parties.

La nomination du médecin statuant est faite sur simple requête signée des deux parties. Les honoraires sont supportés à 80% par le membre et à 20% par l'AMAT-CI.

En cas d'échec de l'expertise amiable, le tribunal compétent est celui du siège de l'AMAT-CI.

Section II : Secret professionnel et subrogation

Article 62 : Secret professionnel

L'AMAT-CI et ses médecins s'engagent à garder le secret le plus absolu sur les renseignements dont ils pourraient avoir connaissance à l'occasion de l'exécution de leur mission.

Le membre a la faculté de remettre directement au service médical de l'AMAT-CI, sous enveloppe cachetée, les documents relatifs à son état de santé.

Article 63 : Subrogation

L'AMAT-CI qui a supporté les dépenses de maladie d'un membre ou d'un bénéficiaire, suite à un accident provoqué par un tiers, est en droit de réclamer à celui-ci, pour le dommage causé, le remboursement jusqu'à concurrence de la somme exposée.

Section III : Prescription

Article 64 : Délai de la Prescription

Toutes les actions dérivant de la convention sont prescrites pour deux (02) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas de :

- réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'AMAT-CI en a eu connaissance ;
- sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre contre l'AMAT-CI a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre ou a été indemnisé par ce dernier.

Article 65 : Interruption de la prescription

La prescription prévue à l'article 64 est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par :

- la désignation d'expert à la suite d'une maladie ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'AMAT-CI au membre en ce qui concerne le recouvrement de toute somme indûment payée par l'AMAT-CI et par l'assuré à l'AMAT-CI en ce qui concerne le règlement des frais médicaux.

DISPOSITIONS PARTICULIERES

SOMMAIRE

CAPITRE I : MODALITES D'EXECUTION DES PRESTATIONS

Article 1 : Prestations garanties

L'AMAT-CI s'engage à exécuter les prestations en nature prévues, lorsque les conditions de chacune des garanties définies aux articles 4 à 39 des dispositions générales sont remplies.

En cas d'inexécution ou de mauvaise exécution des prestations garanties, les membres peuvent par écrit, adresser leurs réclamations à l'Administrateur Général de l'AMAT-CI.

Article 2 : Système de paiement

Dans les structures publiques, la prise en charge est de 100% pour les consultations, les hospitalisations et les médicaments.

Dans les autres établissements conventionnés, l'exécution des garanties, subordonnées au respect de l'article 5 des dispositions générales est faite suivant le système du ticket modérateur.

Article 3 : Quote part des frais exposés

Dans le système du ticket modérateur, le malade est tenu de s'acquitter de sa quote-part des frais exposés à l'établissement ou au praticien conventionné qui a fourni les prestations.

En conséquence, lorsque la garantie en cause est acquise au malade, l'AMAT-CI s'engage à régler, sa quote-part, directement à l'établissement ou au praticien conventionné.

Les remboursements sont subordonnés au strict respect des prescriptions des articles 57 à 60 des dispositions générales.

Article 4 : Liste des établissements conventionnés

La liste des établissements sanitaires, des laboratoires, des cabinets d'optique, dentaires et pharmacies conventionnés est établie par l'Administration Générale et disponible au siège de l'AMAT-CI.

Cette liste peut être modifiée au cours ou à la fin de chaque exercice par l'Administration Générale de l'AMAT-CI.

CHAPITRE II : PROCEDURE D'EXECUTION DES GARANTIES

Section I : Consultations

Article 5 : Validité du ticket de consultation

Dans le système du ticket modérateur, les consultations de généraliste ou de spécialiste relèvent de la compétence exclusive des établissements conventionnés.

La validité du ticket de consultation est de quinze jours francs pour une même pathologie.

Les bons de prise en charge valant ordonnance sont mis à la disposition des membres et de leurs ayants droit dans les établissements conventionnés.

Article 6 : Délai de validité du bon de prise en charge valant ordonnance

Les consultations de généraliste ou de spécialiste sont faites sur un bon de prise en charge valant ordonnance.

Sur ce document, sont apposés le code de l'établissement et le cachet des praticiens visés à l'article 4 des dispositions générales.

Ce bon de prise en charge a un délai de validité de sept jours.

Article 7 : Présentation du bon de prise en charge valant ordonnance

Le bon de prise en charge valant ordonnance est un document auto-carboné qui comporte cinq (05) feuillets.

Le médecin consultant est tenu d'y apposer, en haut de page son cachet et sa signature.

Après les soins, les feuillets sont repartis comme suit :

- le feuillet blanc est à adresser à l'AMAT-CI par la pharmacie ;
- le feuillet bleu est à conserver par la pharmacie ;
- le feuillet vert est à conserver par le patient ;
- le feuillet jaune est à adresser à l'AMAT-CI par l'établissement médical ayant fait la consultation ;
- le feuillet rose est à conserver par l'établissement médical.

L'exécution de la garantie consultation est subordonnée au respect des articles 4 et 5 des dispositions générales.

Section II : Frais de pharmacie dans le système du ticket modérateur

Article 8 : Remboursement des dépenses en pharmacie

Le remboursement des dépenses en pharmacie est fait conformément aux articles 6 et 8 des dispositions générales.

Article 9 : Le bon de prise en charge valant ordonnance

Dans le système du ticket modérateur, le bon de prise en charge valant ordonnance est à la fois un document administratif et financier qui n'a de valeur que dans les pharmacies visées à l'article 4 précédent.

Section III : Examens complémentaires

Article 10 : Exécution

L'exécution des examens complémentaires est subordonnée au respect de l'article 16 des dispositions générales.

Les examens complémentaires (radiographies, laboratoire, etc...) doivent être réalisés dans les établissements et par des praticiens conventionnés.

Article 11 : Délivrance du bon de prise en charge

Le bon de prise en charge relatif à un examen complémentaire est subordonné à un bulletin de demande d'examen délivré par les établissements visés à l'article 4 des dispositions générales.

Ce bulletin a une durée de validité de sept jours.

Article 12 : Présentation du bon de prise en charge pour analyse ou radiographie

Le bon de prise en charge pour les analyses ou radiographie est un document auto-carboné comportant trois (03) feuillets numérotés de 1 à 3.

Après les soins, les feuillets sont repartis comme suit :

- le feuillet n°1 est à transmettre à l'AMAT-CI par l'établissement médical conventionné ;
- le feuillet n°2 est à conserver par l'établissement médical ;
- le feuillet n°3 est à remettre au bénéficiaire.

Le centre dans lequel ont été réalisés les examens doit préciser au bas du bon, la nature de la maladie (qui se trouve sur le bulletin de demande d'examen) et apposer son cachet et la signature du biologiste ou du radiologue.

Section IV : Gestion des bons

Article 13 : Gestion par les médecins conseils

Les différents bons visés aux articles précédents sont gérés par les médecins conseils de l'AMAT-CI.

Ils doivent à cet effet, tenir un registre pour suivre l'évolution du stock de bons constitué par rapport aux livraisons successives aux structures conventionnées.

Article 14 : Gestion par les commissions locales

Les différentes structures relais de l'AMAT-CI, dépositaires des bons sont soumises aux mêmes obligations de gestion que les médecins conseils de l'AMAT-CI.

Elles doivent faire mensuellement le point des bons à elles remis par l'AMAT-CI. Elles doivent à cet effet tenir chacune un registre.

Ce registre doit être organisé de sorte à faire ressortir par mois et en ordre :

- le n° du bon servi et la date de délivrance ;
- le n° matricule du membre , ses nom et prénoms ;
- le n° marquant le nombre de bons utilisés par le membre et sa famille.

Le registre devra, distinctement, indiquer en bas de page le total des bons servis à la fin de chaque mois.

Le dépositaire engage sa responsabilité personnelle pour tout dommage résultant de la mauvaise gestion des bons qui lui sont confiés.

Section V : Hospitalisation

Article 15 : Exécution de la garantie d'hospitalisation

L'exécution de la garantie d'hospitalisation est subordonnée au strict respect des articles 9 à 15 des dispositions générales.

Article 16 : La lettre de prise en charge en hospitalisation

Le membre ou l'ayant droit en hospitalisation doit obtenir une lettre de prise en charge valant lettre de caution.

La lettre de prise en charge est à la fois un document administratif et financier qui n'a de valeur que dans un établissement conventionné.

Article 17 : Conditions de délivrance de la lettre de prise en charge

Conformément aux articles 12 et 13 des dispositions générales, la lettre de prise en charge est subordonnée à un avis d'hospitalisation adressé au service médical de l'AMAT-CI dans un délai de vingt-quatre (24) heures après l'admission du malade.

Article 18 : Mentions de l'avis d'hospitalisation

L'avis d'hospitalisation doit mentionner :

- la raison sociale et l'adresse de l'établissement de soins ;
- la nature de l'affection ;
- la date d'entrée et la date probable de sortie ;
- les nom et prénoms du membre ou de l'ayant droit et son numéro matricule.

Article 19 : Mentions de la prise en charge

La prise en charge doit indiquer :

- les nom et prénoms du membre ;
- le numéro matricule ;
- les nom et prénoms du malade et le n° de sa CNI (malade adulte) ;
- la raison sociale et l'adresse de l'établissement de soins ;
- la nature de l'affection ;
- le nombre de jours de traitement accordés à l'établissement de soins, par les médecins conseils de l'AMAT-CI ;
- le plafond de la chambre ;
- le plafond de la garantie en cause.

Article 20 : Prorogation de séjour

En cas de prorogation de séjour, l'établissement de soins est tenu de saisir le service médical de l'AMAT-CI au plus tard dans les 24 heures.

Toute prorogation de séjour est subordonnée à l'accord préalable des médecins conseils de l'AMAT-CI.

CHAPITRE III : TAUX DE COUVERTURE, TERRITORIALITE DES GARANTIES, BASES ET PLAFONDS DE REMBOURSEMENT

Section I : Taux de couverture et territorialité de la garantie

Article 21 : Taux conventionnels de couverture

Les taux conventionnels de couverture des consultations, des actes médicaux, des frais pharmaceutiques et du transport médicalisé sont de 80% ou 90% dans les structures privées conventionnées et de 100% dans les structures publiques.

Article 22 : Exercice des garanties

Les garanties du présent cahier des charges s'exercent uniquement en Côte d'Ivoire.

Article 23 : Bases de remboursement

Les bases de remboursement sont les tarifs négociés auprès des établissements conventionnés.

Section II : Médecins Conseils

Article 24 : Missions

Les médecins conseils ont pour missions :

- d'apporter une assistance technique à l'Administration Générale de l'AMAT-CI ;
- de suivre le malade pendant tout son séjour dans l'établissement de soins ;
- de viser après tous les contrôles préalables, la facture ou les fiches de remboursement et les acheminer auprès de l'Administration Générale de l'AMAT-CI pour effectuer toutes les opérations de saisies en vue des règlements ;
- de limiter toute surconsommation ou toute fraude éventuelle susceptible de mettre en péril l'équilibre technique et financier du régime ;
- de faire le point et d'expliquer les tendances au niveau de la consommation à l'Administration Générale de l'AMAT-CI ;
- de procéder au contrôle médical des prestations, c'est-à-dire :
 - o vérifier les demandes de remboursement auxquelles les justificatifs des dépenses ont été joints ;
 - o contrôler la véracité des factures en s'assurant que des actes ont été correctement codifiés conformément aux différentes conventions dans la lettre de prise en charge ;
- d'établir le taux de fréquentation des structures conventionnées par l'AMAT-CI.

BAREME DES PRESTATIONS

BAREME DES PRESTATIONS

SOINS AMBULATOIRES ET HOSPITALISATION	Adhérents à 80%		Adhérents à 90%		PLAFONDS - OBSERVATIONS						
					Assurés à 80%		Assurés à 90%		Doc.à fournir	Délai de réalisation	Enregistremen t
	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public			
Consultations / Divers Consultation généraliste Consultation spécialiste Consultation professeur Visite généraliste Visite opéraliste Consultation urgence / Garde Frais pharmaceutiques et produits Radiologie et imagerie Analyses biologiques Petite chirurgie / Soins	80%	100%	90%	100%	80% frais réel	100% frais réel	90% frais réel	100% frais réel	Bulletin de prescriptio n du médecin traitant	24 heures	Chèque pour paiement de la facture
DIVERS											
Soins dentaires	80%	100%	90%	100%	80 000 par an /pers.	80 000 par an /pers.	80 000 par an /pers.	80 000 par an /pers.	Facture pro-forma du médecin	24 heures	Chèque pour paiement de la facture
Prothèses dentaires	80%	100%	90%	100%	100 000 par an / pers.	100 000 par an / pers.	100 000 par an / pers.	100 000 par an / pers.			
HOSPITALISATION											
Hébergement					30 000	1 ^{ère} catégorie	30 000	1 ^{ère} catégo rie	Avis d'hospitalis ation		Chèque pour paiement de la facture
Hébergement de la mère accompagnant											
MATERNITE											
Frai pré et post natal	80%	100%	90%	100%		Frais réels	Frais réels	Néant	Avis d'hospitalis ation		Chèque pour paiement de la facture
Accouchement simple	80%	100%	90%	100%		Frais réels	Frais réels				
Accouchement multiple	80%	100%	90%	100%		Frais réels	Frais réels				
Accouchement chirurgical	80%	100%	90%	100%		Frais réels	Frais réels				
Forfait accouchement au Public (sur présentation de l'extrait de naissance et du certificat d'accouchement)	FORFAIT ACCOUCHEMENT AU PUBLIC					100 000 accouchement Simple		100 000 accouchement simple	Extrait de naissance photocopie du certificat d'accouchement demande manuscrite	30 jours	Etat des indemnités
NB : Cette indemnité ne peut être servie en cas de présentation de frais à rembourser						200 000 césarienne		200 000 césarienne			

	Taux de couverture	Verres incassables blancs	Plafond monture	Plafond total				
	80%	65 000	35 000	100 000 tous les 2 ans		Ordonnance du médecin et facture pro-forma	24 heures	Chèque pour paiement de la facture
	90%	70 000	40 000	110 000 tous les 2 ans		Ordonnance du médecin et facture pro-forma	24 heures	Chèque pour paiement de 1 facture
	N.B. : - l'entretien et le photo gray sont à la charge de l'adhérent - pour les verres incassables blancs dont le coût réel atteint ou Excède le plafond, l'adhérent pourrait bénéficier de la Totalité de son plafond frais optique							
ORTHOPSIE ORTHOPHONIE CUREPHERNAL	-	NON GARANTIS						
	Forfait 25 000 par évènement							