ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
Centre Hospitalo-Universitaire
Mohammed VI
Marrakech

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
المركز الاستشفائي الجامعي
محمد السادس
مراكش

APPEL A LA CONCURRENCE POUR CONVENTIONNEMENT n°05/2026

L'ASSURANCE MALADIE, MATERNITE, DECES, INCAPACITE TEMPORAIRE, INVALIDITES AU PROFIT DES MEDECINS RESIDANTS NON CONTRACTUELS EN FONCTION AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE MOHAMMED VI MARRAKECH.

Passé En application de l'article 4 paragraphe 7 et l'annexe n°1 du règlement relatif aux du décret n° 2-22-431 du 15 Chaabane 1444 (8 mars 2023) relatif aux marchés publics

CHAPITRE I : CLAUSES ADMINISTRATIVES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONVENTION

La présente convention a pour objet : Le contrat collectif d'assurance maladie, maternité, décès, Incapacité Temporaire, invalidités au profit des médecins résidants non contractuels en fonction au Centre Hospitalo- Universitaire Mohammed VI Marrakech.

Elle est passée en application de l'annexe n°1 du décret n° 2-22-431 du 15 Chaabane 1444 (8 mars 2023) relatif aux marchés publics.

Le champ d'application de ce contrat comprend les garanties suivantes :

- Garantie décès Accidentel.
- Garantie Incapacité Temporaire –Invalidité Permanente.
- Garantie Maladie – Maternité.

ARTICLE 2 - PIECES CONSTITUTIVES DU CONVENTION

Les obligations du titulaire pour l'exécution des prestations, objet de la présente convention, résultent de l'ensemble des documents et pièces qui sont énumérés par ordre de priorité ci-après :

- La convention ;
- L'acte d'engagement ;
- Le bordereau des prix détail estimatif.

ARTICLE 3- DUREE DE LA CONVENTION ET DATE D'EFFET

Cette convention est conclue pour **une année (12 mois),** et prend effet à compter du lendemain de la notification d'ordre de service prescrivant le commencement d'exécution. Elle est **renouvelable** par tacite reconduction d'année en année pour une durée **de 3 (trois) ans.**

Toutefois, la non reconduction est prise à l'initiative de l'une des deux parties moyennant un préavis écrit de deux (02) mois notifié par lettre recommandée avec accusé de réception.

ARTICLE 4 : CAUTIONNEMENT PROVISOIRE ET DEFINITIF ET RETENUE DE GARANTIE

En raison de la nature des prestations objet de la convention, le titulaire est dispensé du cautionnement provisoire et définitif de même aucune retenue de garantie ne sera exigée.

ARTICLE 5 – RESILIATION

La présente convention pourra être résiliée de manière anticipée à tout moment par l'une ou l'autre partie sous réserve d'un préavis de 2 mois formulé par l'une ou l'autre des deux parties moyennant une lettre recommandée ou un fax avec accusé de réception.

ARTICLE 6- DROITS DE TIMBRE ET D'ENREGISTREMENT

Les droits de timbre et d'enregistrement de l'original de la convention sont à la charge du titulaire. Le titulaire s'acquittera de ces droits tels qu'ils résultent des lois et règlements en vigueur.

ARTICLE 7- REGLEMENT DES LITIGES

Faute d'un accord à l'amiable ou d'un arbitrage auquel les deux parties ont convenu de faire recours, tout litige entre le Maître d'Ouvrage et le titulaire relatif à l'interprétation ou à l'exécution de la présente convention sera soumis aux tribunaux compétents de Marrakech.

ARTICLE 8 : OBLIGATIONS DIVERSES

Le titulaire est tenu de communiquer systématiquement au Centre Hospitalo-Universitaire Mohammed VI, les statistiques relatives à la police d'assurance objet de la convention.

Le titulaire est tenu de respecter le choix de l'intermédiaire sélectionné, lors de la procédure d'appel à la concurrence.

Tout changement éventuel intéressant la qualité ou l'adresse de l'intermédiaire d'assurance, est soumis à l'accord préalable du Centre Hospitalo-universitaire.

ARTICLE 9– RECEPTION DU SERVICE FAIT

Il sera procédé à la réception du service fait dès que l'assureur fourni au Maître d'ouvrage les attestations d'assurance, signées par la compagnie, couvrant les garanties citées en objet et la période contractuelle.

ARTICLE 10- NOTIFICATIONS ET COMMUNICATIONS

Le titulaire de la convention est tenu d'élire domicile au Maroc qu'il doit indiquer dans l'acte d'engagement ou le faire connaître au maître d'ouvrage dans le délai de quinze (15) jours à partir de la notification, qui lui est faite, de l'approbation de la convention.

Faute par lui d'avoir satisfait à cette obligation, toutes les notifications qui se rapportent à la convention sont valables lorsqu'elles ont été faites au siège de l'entreprise dont l'adresse est indiquée dans la convention.

En cas de changement de domicile, le titulaire est tenu d'en aviser le maître d'ouvrage par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 15 jours suivant la date du changement.

Les notifications sont faites soit par lettre recommandée avec accusé de réception, soit par courrier porté remis directement contre récépissé ou émargement donné par le destinataire.

Les notifications et communications peuvent être faites également par télécopie confirmée.

L'accusé de réception, le reçu ou l'émargement donné par le destinataire fait foi de la notification.

La date de l'accusé de réception ou du récépissé est retenue comme date de notification de la décision ou de remise de la communication.

CHAPITRE II : LES CONDITIONS GENERALES

ARTICLE 11 : GENERALITES

Le présent contrat collectif a pour objet d'assurer aux conditions générales ci-après et aux conditions particulières du titre correspondant, les garanties souscrites par le Souscripteur en faveur des médecins résidents non contractuels en fonction au Centre Hospitalo-Universitaire Mohammed VI de Marrakech.

ARTICLE 12 : BASE JURIDIQUE - INCONTESTABILITE

Le présent contrat est régi par la loi n° 17-99 portant code des assurances et par les textes pris pour son application (Bulletin Officiel n° 5054 du 2 Ramadan 1423/7 novembre 2002) et le du décret n° 2-22-431 du 15 Chaabane 1444 (8 mars 2023) relatif aux marchés publics.

Les déclarations du Souscripteur et des Adhérents servent de base aux garanties du contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des dispositions des Articles 30 et 94 du code des assurances.

ARTICLE 13 : DATE D'EFFET - DUREE - RENOUVELLEMENT

La présente convention est conclue pour **une année (12 mois),** et prend effet à compter du lendemain de la notification d'ordre de service prescrivant le commencement d'exécution. Elle est **renouvelable** par tacite reconduction d'année en année pour une durée **de 3 (trois) ans.**

Toutefois, la non reconduction est prise à l'initiative de l'une des deux parties moyennant un préavis écrit de deux (02) mois notifié par lettre recommandée avec accusé de réception.

A l'égard de chaque Adhérent, les garanties prennent effet :

- **RISQUE RESULTANT D'UN ACCIDENT:**
  - **Immédiatement après la date d'effet :**

Pour tous les Adhérents régulièrement déclarés par le Souscripteur à cette date, et satisfaisant aux conditions prévues à l'article 15 (être en activité et ne pas avoir atteint leur 60ème anniversaire).

  - **Ultérieurement :**

A la date d'entrée en service pour les nouvelles recrues ou à la date de reprise d'activité pour le personnel en état d'arrêt de travail au moment de l'adhésion du contrat.

- **RISQUE RESULTANT D'UNE MALADIE:**

Après réception par l'Assureur du bulletin d'adhésion et questionnaire médical dûment complétés et régularisés par l'adhérent, voir des autres pièces médicales exigées, et sous réserve d'acceptation expresse de l'Assureur (cf. Article 15).

Remarque :

Le refus de prendre en charge un Adhérent au titre des risques résultant d'une maladie (refus formulé par l'Assureur après avoir pris connaissance des pièces médicales exigées) entraîne automatiquement la résiliation de la couverture des risques résultant d'un accident ayant pu être accordée selon dispositions ci-dessus (paragraphe 1).

ARTICLE 14 : NATURE ET OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat, réalisé sous la forme d'une assurance Collective, est souscrit par une personne morale dit Souscripteur en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes dites « Adhérents » répondant à des conditions définies au dit contrat, pour la couverture des risques dépendants de la durée de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maladie ou à la maternité et des risques d'incapacité ou d'invalidité.

Ce contrat d'assurance comporte les garanties suivantes :

1. Le paiement d'un capital en cas de décès accidentel (Titre I).
2. Le service d'une indemnité journalière en cas d'arrêt complet de travail (Titre II).
3. Le service d'une rente temporaire en cas d'invalidité Permanente Totale de L'Adhérent (Titre II).
4. Le remboursement des frais médicaux ou chirurgicaux à la suite d'une maladie ou d'un accident

(Titre III).

ARTICLE 15 : CRITERES D'ELIGIBILITES

Le présent Contrat s'applique aux médecins résidents non contractuels en fonction durant leur cursus de formation au Centre Hospitalo-Universitaire Mohammed VI. Les Adhérents doivent à la date de leur adhésion :

- Etre effectivement en activité professionnelle ;
- Etre âgés de plus de 18 ans et moins de 60 ans ;

ARTICLE 16 : FORMALITES DE SOUSCRIPTION ET D'ADMISSION

a) Pour le Centre Hospitalo-Universitaire Mohammed VI Marrakech :

Le CHU Mohammed VI adressera un courrier à l'Assureur afin de préciser :

- Le nombre de personnes à garantir ;

A réception de cette pièce, et sous réserve bien entendu que celle-ci sera conforme aux dispositions prévues dans le présent texte, l'Assureur établira les Conditions Particulières correspondantes constituant la troisième partie du présent contrat.

Un exemplaire de ces Conditions Particulières régularisé par le Souscripteur sera retourné à l'Assureur.

b) Pour les personnes éligibles :

Chaque personne à garantir sera tenue, lors de son adhésion au contrat, de fournir les pièces suivantes :

- Un bulletin individuel d'adhésion dûment complété et régularisé, comportant notamment le consentement à l'assurance et les noms et adresses du (ou des) bénéficiaire (s) appelé (s) à recueillir le capital en cas de décès.
- Un questionnaire médical comportant tous les renseignements sur l'état de santé de l'Adhérent ainsi que les personnes à sa charge.

Dans tous les cas, l'Assureur conserve la faculté de demander, à ses frais, tout complément d'information sur l'état de santé de l'Adhérent (visite médicale, radiographie, analyses, électrocardiogramme, etc) et, après avoir pris connaissance des pièces jugées nécessaires, de formuler des réserves, voire de refuser tout ou partie des garanties ou de réduire les garanties d'un Adhérent classé « Risque Aggravé ». La notion de risque s'applique également à la profession exercée par l'Adhérent.

ARTICLE 17 : SITUATION DE FAMILLE ET NOTION D'ENFANT (S) A CHARGE

a) la situation de famille prise en considération par l'Assureur est obligatoirement celle dûment justifiée à la date du sinistre.

b) Sont considérés comme étant à charge les enfants de l'Adhérent âgés de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans lorsqu'ils poursuivent leurs études, à charge pour l'Adhérent de justifier annuellement de leur poursuite d'études. Toutefois, il ne sera tenu compte des enfants à charge que pour autant qu'ils ne soient pas salariés.

ARTICLE 18 : DECLARATION DU SOUSCRIPTEUR

Le Souscripteur s'engage à faire parvenir à l'Assureur :

1) Lors de l'adhésion du souscripteur :

- Les bulletins individuels d'adhésion et questionnaires médicaux ;
- La liste certifiée conforme des adhérents devant bénéficier de la (ou des) garantie (s) et par suite effectivement en activité à cette date. Cette liste mentionnera:
- Nom, prénom de l'assuré;
- Date de naissance;
- Situation de famille;
- Nombre d'adhérents

- Nombre de conjoint;
- Nombre d'enfants à charge.

2) A tout moment :

a) Les bulletins individuels d'adhésion et questionnaires médicaux régularisés par les personnes à incorporer au contrat.
b) Les demandes de changement de clauses bénéficiaires formulées par les Adhérents dont les garanties sont en cours.
c) déclarations relatives aux mouvements des personnes éligibles et aux autres modifications à prendre en considération, à savoir :

Pour les incorporations :

- Renseignements prévus au paragraphe (1) ci-dessus, complétés par la mention de la date d'incorporation.

Pour les radiations ou exclusions :

- Le Souscripteur s'oblige à fournir immédiatement à l'Assureur la liste nominative des adhérents radiés ou exclus. En cas de remboursement des dossiers sinistres dont la date de survenance est postérieure à la date de radiation ou d'exclusion, le Souscripteur s'engage à rembourser, à l'Assureur, les règlements effectués à tort.
- Le Souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat de groupe que si le lien qui les unit est rompu, si l'assureur prouve la fraude de l'adhérent.
- Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contre partie des primes ou primes versées antérieurement par l'adhérent.

Pour les changements de situation de famille :

- Nom, prénom de l'Adhérent ;
- Précision sur la modification de la situation de famille : mariage, naissance, décès, séparation ou divorce ;
- Date de cette modification.

L'Assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces transmises par le Souscripteur.

ARTICLE 19 : PRIME - PAIEMENT - DEFAUT DE PAIEMENT

La prime est annuelle et indivise. De ce fait, la première prime relative à la première année du contrat est due intégralement à la signature du contrat et après réception des attestations d'assurance et les autres sont dues intégralement à chaque renouvellement du contrat à son échéance anniversaire.
L'effectif à payer pour l'année **2026** est de **300.**
En cas de dépassement de l'effectif sus-indiqué convenu au cours de l'année concernée, un avenant au contrat est établi et une facturation complémentaire est adressée par l'assureur pour régularisation de la prime annuelle complémentaire.
La prime annuelle complémentaire = Effectif supplémentaire x prime annuelle par tête assuré convenu.
Pour permettre à l'Assureur d'établir la facture, le Souscripteur doit remettre un état nominatif des assurés.

ARTICLE 20 : CESSATION DES GARANTIES

A l'égard de chaque Adhérent les garanties faisant l'objet du présent contrat expirent soit :

- A la date à laquelle l'Adhérent cessera d'appartenir à la catégorie au profit de laquelle le Souscripteur a souscrit le contrat.
- A la fin de l'année civile au cours de laquelle l'adhésion au contrat sera dénoncée.
- A la fin de l'année civile au cours de laquelle l'Adhérent atteindra son 60ème anniversaire.

ARTICLE 21 : CONTROLE - EXPERTISE - ARBITRAGE

L'Assureur se réserve le droit de faire visiter par le médecin de son choix tout Adhérent malade ou accidenté.

Les médecins et représentants de l'Assureur devront avoir libre accès auprès de l'Adhérent afin de contrôler son état de santé.
En cas de refus de l'intéressé, celui-ci pourra être mis en demeure par lettre recommandée d'avoir à se soumettre à ce contrôle.
Si dans un délai de dix jours à dater de la mise à la poste de cette lettre recommandée celle-ci restait sans réponse de la part de l'Adhérent (sauf cas fortuit ou de force majeure) ou si l'Adhérent maintenait son refus sans justification valable, il perdrait tout droit à l'indemnisation pour le sinistre concerné.
L'Assureur doit notifier à l'Adhérent par écrit, toute décision fondée sur motif médical, ayant pour objet de lui refuser tout ou partie des prestations garanties.
L'Adhérent dispose alors d'un mois à compter de cette notification pour demander une expertise médicale amiable s'il entend contester le bien-fondé des motifs invoqués par l'Assureur. Au cas où il formulerait sa demande après l'expiration du délai ci-dessus, l'Assureur serait en droit de ne pas y donner suite, sauf cas fortuit ou de force majeure.
Dans le cas où cette procédure d'expertise amiable n'aboutirait pas à un accord, un médecin-expert est désigné par l'Adhérent (ou son médecin traitant) et le médecin conseil de l'Assureur. A défaut d'accord entre les parties, il serait pourvu à la désignation de l'expert par voie de référé.
L'avis de ce troisième médecin sera obligatoirement accepté par les deux parties, adhérent et Assureur, qui supporteront par moitié les frais de la nomination et les honoraires de ce troisième médecin.

ARTICLE 22 : SECRET PROFESSIONNEL

L'Assureur et ses médecins s'engagent à garder le secret absolu sur les renseignements dont ils pourraient avoir connaissance à l'occasion du contrat. L'Adhérent aura d'ailleurs la faculté de remettre directement au médecin conseil de l'Assureur, sous enveloppe cachetée, les documents relatifs à son état.

ARTICLE 23 : RETRAIT D'AGREMENT

Conformément aux dispositions de l'article 267 de la loi n° 17 -99 portant code des assurances, en cas de retrait d'agrément à l'Assureur, le présent contrat cesse de plein droit d'avoir effet le 20ème jour à midi, à compter de la publication au Bulletin Officiel de l'acte administratif prononçant le retrait d'agrément.

ARTICLE 24 : IMPOTS ET TAXES

Tout droits et taxes, présents et futurs dont la récupération n'est pas interdite seraient à la charge du Souscripteur et payables en même temps que les primes.

ARTICLE 25 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par cinq ans à compter du jour de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas d'omission ou de fausse déclaration sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de non-paiement de primes ou d'une fraction de primes, que du 10e jour de l'échéance de celles-ci ;
3. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

ARTICLE 26 : OBLIGATION DU SOUSCRIPTEUR

Conformément aux dispositions de l'article 106 de la loi n° 17 - 99 portant code des assurances, le Souscripteur doit tenir à la disposition des adhérents, une notice résumant d'une manière très précise leurs droits et obligations découlant du présent contrat.

CHAPITRE II. TITRE I : DECES – ACCIDENTEL

ARTICLE 27 : OBJET DE LA GARANTIE

La garantie du présent titre a pour objet le paiement d'un capital en cas de décès accidentel de l'Adhérent. Le mode de calcul du capital garanti en cas de décès accidentel est mentionné aux Conditions Particulières.

ARTICLE 28 : DEFINITION DU DECES ACCIDENTEL

Le décès est dit accidentel lorsqu'il est provoqué par une cause extérieure, soudaine et involontaire, à la condition qu'il survienne dans les six mois suivant l'accident et ne soit pas compris dans les risques exclus énumérés à l'article 3.

En cas de sinistre, la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès incombe au(x) bénéficiaire(s) qui ne pourra (pourront) s'opposer, sous peine de déchéance, à l'examen médico-légal que requerrait l'Assureur.

ARTICLE 29 : RISQUES EXCLUS

Ne peuvent ouvrir droit au paiement du capital : les accidents survenus antérieurement à la date d'adhésion de l'Adhérent ainsi que ceux faisant l'objet des exclusions citées ci-après :

A) Suicide : Le suicide conscient ou inconscient, volontaire ou involontaire ne peut être couvert qu'après un délai de deux ans à compter de la date de souscription de l'Adhérent au présent contrat.

B) Risque de navigation aérienne : Les risques résultant de la pratique de l'aviation ne sont couverts que si l'Adhérent se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité, et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmé(e) correspondant au type de l'appareil utilisé, ce pilote pouvant être l'Adhérent lui-même.

Toutefois, les pilotes professionnels ne peuvent être couverts qu'après accord exprès de l'Assureur et sous réserve, dans certains cas, du paiement d'une surprime.

Sont exclus : les compétitions, démonstrations acrobatiques, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols d'essais, vols à voile, vols sur prototypes, descentes en parachute que n'exigerait pas la situation critique de l'appareil.

C) Risque de guerre : Les risques résultant des faits de guerre ne pourraient être couverts que dans les conditions déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

D) Invalidité : Les invalidités résultant de tout fait intentionnel de l'Adhérent et celles rendues totales du fait d'un état préexistant au contrat sont exclues de la garantie.

Tout fait intentionnel de l'Adhérent ;

- Guerre civile, émeute, mouvement populaire, acte de terrorisme, rixe (sauf cas de légitime défense) ;
- Ivresse, éthylisme, usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- Participation à des paris, courses, matches, records ou essais préparatoires ;
- Pratique de tout sport à titre professionnel ainsi que de la pratique en tant qu'amateur de sports automobiles nécessitant une licence spéciale ;
- Effet directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'irradiations, provenant d'une transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité, ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

CHAPITRE II. TITRE II : INCAPACITE TEMPORAIRE - INVALIDITE PERMANENTE

ARTICLE 30 : OBJET DE LA GARANTIE

La garantie du présent titre a pour objet de garantir le versement d'une partie du traitement de base aux Adhérents qui, par suite de maladie ou d'accident (sauf accidents du travail et maladies professionnelles) sont obligés d'interrompre leur travail pour une durée supérieure à un mois.
Elle permet :

- Le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité totale temporaire de travail.
- Le service d'une rente en cas d'invalidité permanente.
- L'exonération du paiement des primes au titre de cette garantie et dans le cas où les garanties suivantes seraient souscrites :
  - DECES -INVALIDITE TOTALE ET DEFINITIVE,
  - DECES ACCIDENTEL - DOUBLE EFFET

ARTICLE 31 : INCAPACITE TOTALE TEMPORAIRE

Lorsqu'un Adhérent, par suite de maladie ou d'accident se trouve dans l'incapacité physique totale, constatée médicalement, de continuer ou de reprendre le travail, il est dit en état d'incapacité totale temporaire.
Si cet état se prolonge pour une même affection au-delà de six mois, l'Adhérent est dit en état de longue Maladie.
Après un délai de franchise fixée aux Conditions Particulières, à partir de la date d'arrêt de travail, l'Adhérent en état d'incapacité totale temporaire a droit à une indemnité journalière dont le montant est égal à 50 % de la 365ème partie de son traitement annuel de base.
Cette indemnité acquise jour par jour est payée par mois échu tant que l'Adhérent est physiquement incapable de reprendre son travail. Elle cesse d'être due dans tous les cas à la date de prise d'effet de l'état d'invalidité permanente visé ci- après.
Pour l'Adhérent ayant commencé à bénéficier des prestations prévues par le présent titre, toute reprise du travail d'une durée inférieure à deux mois n'entraînera qu'une suspension du paiement des prestations.

Article 32 : INVALIDITE PERMANENTE

a) Invalidité Totale :

Si au terme d'une période d'incapacité fixée aux Conditions Particulières, l'Adhérent est reconnu atteint d'une invalidité égale ou supérieure à 66 %, il sera considéré par l'Assureur en état d'invalidité totale. A partir de ce moment, il percevra une rente annuelle dont le montant est égal à 40 % de son traitement annuel de base.

b) Invalidité Partielle :

Si initialement ou par suite de l'amélioration de l'état de santé, le taux d'invalidité permanente est compris entre 33 % et 66 % l'Adhérent serait reconnu en état d'invalidité permanente partielle, et à ce titre percevrait une rente annuelle réduite égale à N/66ème de la Rente d'Invalidité Totale. N étant le nouveau taux d'invalidité.

Si le taux d'invalidité N est ou devient inférieur à 33 %, la rente est supprimée.

Les rentes d'invalidité sont dues à compter du jour de la reconnaissance de l'invalidité permanente par l'Assureur. Les arrérages de rente sont payables à terme échu, par trimestre civil, le premier paiement étant effectué au prorata du temps écoulé entre le jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente et la fin du trimestre civil en cours.

Le service de la rente cesse :
- A la date à laquelle l'Adhérent ne présente plus l'état d'invalidité ;
- A la mise à la retraite normale ou anticipée ;
- A la fin du trimestre civil du 60ème anniversaire de l'Adhérent.

Il n'est dû aucun arrérage après le décès de l'Adhérent.

Article 33 : DECLARATION - JUSTIFICATION - DROIT DE CONTROLE

Lorsqu'un Adhérent se trouve en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, l'Assureur devra en être avisé par le Souscripteur dans les **trente jours** qui suivent l'arrêt de travail, avec précision de la nature de l'accident ou de la maladie.
Cet avis doit être fait par écrit avec production à l'appui d'un certificat médical détaillé indiquant la cause de cette incapacité, sa date d'origine et sa durée probable.
A l'expiration de la période d'incapacité prévue par le certificat, l'Adhérent ne se trouvant pas en état de reprendre son travail doit, dans un délai de 15 jours, adresser un nouveau certificat.
Si une déclaration d'incapacité de travail est transmise à l'Assureur postérieurement au 30ème jour d'arrêt de travail, le délai de franchise est décompté à dater du jour de réception de la déclaration.
L'Assureur se réserve, dans tous les cas le droit de contester les conclusions des certificats médicaux fournis par l'Adhérent. Il peut à cet effet faire visiter à ses frais, soit par un médecin, soit par un de ses représentants l'Adhérent malade ou invalide bénéficiant ou demandant à bénéficier des garanties du présent titre, et demander à l'Adhérent percevant la rente d'invalidité de justifier tous les six mois de la persistance de son état.
Au cas où l'Adhérent s'opposerait à ces visites ou aux examens médicaux demandés ou n'apporterait pas la preuve du maintien de l'invalidité, le paiement des prestations cesserait immédiatement.
Toutes les difficultés d'ordre médical ou autre qui pourraient survenir seraient réglées par arbitrage, comme il est prévu à l'article 21 du titre 1 : Généralités.
Toute fausse déclaration effectuée sciemment sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un sinistre, entraîne déchéance de tout droit à la garantie de ce sinistre.

Article 34 : MAJORATION FAMILIALE

Les enfants de l'Adhérent âgés de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans lorsqu'ils poursuivent leurs études, à charge pour l'Adhérent de justifier annuellement de leur poursuite d'études. Toutefois, il ne sera tenu compte des enfants à charge que pour autant qu'ils ne soient pas salariés.
Pour chaque enfant existant à la date d'arrêt de travail l'Adhérent a droit à une majoration égale à 5 % du montant des prestations d'incapacité totale temporaire, de longue maladie et d'invalidité telles qu'elles sont définies aux articles 2 et 3 du présent titre. La majoration globale ne peut excéder 30 % du montant des prestations (6 enfants).

Article 35 : RISQUES EXCLUS

Sont exclus des garanties du présent titre les risques suivants :

- ***a)*** Les conséquences des accidents ou maladies qui sont le fait volontaire de l'Adhérent ou du bénéficiaire du contrat ou qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ainsi que les conséquences de l'état d'ivresse, de l'éthylisme, de l'abus de la morphine ou autres substances toxiques analogiques.
- ***b)*** Les accidents de travail ou maladies d'origine professionnelle dont la couverture est prévue par la législation marocaine sur les accidents du travail.
- ***c)*** Les risques résultant d'un accident de la navigation aérienne sauf si l'Adhérent se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmée correspondant au type de l'appareil utilisé.
- ***d)*** Les conséquences résultant de la pratique par l'Adhérent de tous sports à titre professionnel ou d'amateur licencié, ainsi que de sa participation en tant que concurrent à tout match, pari, tentative de recors, essais préparatoire, à toute démonstration acrobatique ou compétition.
- ***e)*** Les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'insurrection ou d'émeutes, de rixe, sauf le cas de légitime défense et des actes de terrorisme ou de sabotage.
- ***f)*** Les conséquences d'une grossesse ou d'une maternité.
- ***g)*** Les conséquences de tremblements de terre, d'inondations et la désintégration directe ou indirecte du noyau atomique ou autres cataclysmes naturels.
- ***h)*** Les accidents ou maladies provenant du service militaire ou des périodes militaires.

Pour les accidents survenus et les maladies contractées lors d'un séjour à l'étranger, le délai de franchise mentionné aux Conditions Particulières ne commence à courir qu'à compter du premier jour du rapatriement.

CHAPITRE II. TITRE III : GARANTIE MALADIE - MATERNITE

ARTICLE 36 : OBJET DE LA GARANTIE

La garantie du présent titre a pour objet le remboursement à l'Adhérent d'une partie des dépenses d'ordre médical engagées en cas de maladie, d'accident ou de maternité affectant soit l'Adhérent lui-même, soit son conjoint tant qu'il n'a pas atteint l'âge de 60 ans, soit ses enfants mineurs célibataires à charge tant qu'ils n'ont pas atteint l'âge de 21 ans ou de moins de 25 ans lorsqu'ils poursuivent des études, à charge pour l'Adhérent de justifier annuellement de leur poursuite d'études.

Toutefois, il ne sera tenu compte des enfants à charge que pour autant qu'ils ne soient pas salariés.
On entend par dépenses d'ordre médical :

- Les frais médicaux et pharmaceutiques ; - Les frais chirurgicaux ;
- Les frais d'hospitalisation ;
- Les frais de soins et prothèses dentaires ; - Les actes de spécialités.

PAR MALADIE : toute altération de la santé constatée par un médecin.
PAR ACCIDENT : tout atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Adhérent et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.
Il est précisé qu'il est fait référence pour le remboursement des frais engagés au Tarif National de Référence.
Le délai de remboursement de l'adhérent ne doit pas dépasser un mois à partir de la date de réception du dossier par L'assureur.

ARTICLE 37 : ENTREE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE - DELAI D'ATTENTE

La garantie prend effet au jour de l'adhésion de l'Adhérent pour les frais découlant de maladies ou d'accidents payés postérieurement à cette date d'adhésion.
Par dérogation à toute stipulation contraire, les frais consécutifs aux maladies antérieures à la date d'adhésion sont couverts au titre de la présente convention, sans application d'aucun délai d'attente ni exclusion fondée sur leur antériorité. Les frais médicaux y afférents sont pris en charge conformément aux garanties et aux modalités prévues par la présente convention.
Aucun délai d'attente ne peut être opposé à l'Adhérent au titre des maladies ou affections antérieures à la date d'adhésion, y compris pour les affections et les prestations auxquelles un délai d'attente est habituellement applicable, notamment en matière de maternité.

ARTICLE 38 : PRESTATIONS GARANTIES

Le présent contrat garantit les prestations suivantes :

A) Frais médicaux :

- Consultations ou visites de médecins généralistes, spécialistes ou professeurs *;*
- Actes médicaux de pratique courante : les soins en série : massage, rééducation, etc... Les traitements par hypnotisme ou psychothérapie, donnent droit au remboursement à la condition qu'ils soient prescrits par ordonnance médicale et qu'ils soient exécutés par un médecin ou un auxiliaire médical légalement autorisé à exercer, le droit au remboursement est subordonné à un accord de l'Assureur.

B) Frais pharmaceutiques :

Le remboursement est limité aux médicaments prescrits par ordonnance.
Les appareils orthopédiques ou de prothèse donnent droit au remboursement pour le premier appareillage seulement.
Ne donnent pas lieu au remboursement :
a) Les produits alimentaires et produits de régime ou de remplacement, les fortifiants, les vins, les eaux minérales et les produits de beauté.
b) Les objets à usage médical : thermomètre, seringue, vessie, bac et poire à lavement, bassin, inhalateur, irrigateur, sonde, ventouse, gant de crin, etc....
c) Les appareils orthopédiques et de prothèse ne figurant pas au tarif pharmaceutique, en particulier les yeux artificiels.

C) Frais chirurgicaux :

Les frais engagés pour une intervention chirurgicale ou pour un traitement spécial subi (curiethérapie) ou (röntgenthérapie) par l'Adhérent ou par une personne à sa charge donnent droit au remboursement, à la condition que l'acte chirurgical ou le traitement figure à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

Les visites du médecin traitant ne sont garanties que si ce dernier a été appelé à titre d'assistant en cas d'aggravation de l'état de santé du patient.

Ne donnent pas droit au remboursement :

- **Les taxes ;**
- **Les opérations n'ayant qu'un but esthétique (soins de beauté, redressement, nasal, etc ainsi que celles ayant pour but de remédier à une infirmité ou malformation congénitale, sauf pour les enfants nés après la prise d'effet du contrat et incorporés dès leur naissance.**

D) Frais de séjour en hôpital ou en clinique :

La garantie s'applique aux frais de séjour du malade ou blessé à l'hôpital ou en clinique sur prescription médicale en vue d'une opération ou d'un traitement consécutif à un accident ou une maladie caractérisée.

La garantie de l'Assureur ne concerne que le prix proprement dit de l'établissement hospitalo (clinique ou hôpital) et les frais de pansements.

Les suppléments tels que : boisson, blanchissage, éclairage, chauffage, garde particulière, pourboires, téléphone, taxes, droit d'entrée, supplément alimentaire, supplément pour lit d'accompagnement, etc restent à la charge de l'Adhérent.

E) Analyses et radiographies :

Les travaux de laboratoire, ainsi que les examens électro-radiologiques, consécutifs à un accident ou à une maladie et prescrits par ordonnance, donnent droit au remboursement.

L'ordonnance prescrivant les analyses ainsi que les résultats et facture du laboratoire doivent obligatoirement être joints à la déclaration de maladie de l'Adhérent.

F) Frais de transport du malade :

Le transport en ambulance du malade prescrit par ordonnance médicale donne droit au remboursement tant à l'aller qu'au retour (s'il y a lieu) de son domicile (ou du lieu de l'accident) à la clinique ou à un hôpital de la localité où il habite ou de la localité la plus proche de son domicile (ou du lieu de l'accident).

Les frais de transport en dehors du MAROC ne sont pas garantis.

G) Maternité :

En cas d'accouchement survenu après l'adhésion de l'Adhérent (ou du conjoint), il est attribué, sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du nouveau-né, une indemnité forfaitaire de maternité comprenant les frais exposés durant la grossesse et au moment de l'accouchement.

En cas de naissance de jumeaux, l'indemnité ci-dessus sera majorée de 50 %.

En contrepartie de cette indemnité forfaitaire, l'ensemble des frais consécutifs à une grossesse ou à un accouchement normal reste à la charge de l'Adhérent.

Toutefois, au cas où l'accouchement donnerait lieu à un acte chirurgical dû à des complications, l'Adhérent a droit au remboursement des frais engagés dans les mêmes conditions que s'il s'agissait d'une hospitalisation chirurgicale.

H) Soins et Prothèses dentaires :

Pour les extractions multiples au-dessus de cinq, les soins spéciaux, les prothèses dentaires et les radiographies, l'Adhérent doit demander l'accord préalable de l'Assureur avant d'entreprendre les travaux.

L'orthopédie dento-faciale est prise en charge pour les enfants âgés de moins de 12 ans, à condition que l'Adhérent demande l'accord préalable de l'Assureur avant d'entreprendre les travaux. Au-delà de cet

âge, les frais engagés pour l'orthopédie dento-faciale ne seront pas pris en charge.

I) Optique et lunetterie :

Les verres correcteurs de la vue sont remboursés par référence au tarif des opticiens, quand le port des lunettes est nécessité par une maladie ou à l'occasion d'un changement de dioptrie, le même degré de dioptrie ne donnant droit qu'à un seul appareillage.

Les verres de contact et les lentilles cornéennes ne sont pas garantis.

ARTICLE 39 : RISQUES EXCLUS

Ne donnent droit à aucun remboursement les frais :

a) Engagés avant la date d'entrée en vigueur ou après la date de cessation des garanties.

b) Consécutifs aux maladies ou accidents qui sont le fait intentionnel de l'Adhérent ou des personnes à sa charge ou qui résultent de tentative de suicide ou de mutilation intentionnelle, ainsi que les conséquences d'un état d'ivresse, de l'éthylisme, de l'abus de la morphine ou autres substances toxiques analogues.

c) Consécutifs aux maladies ou accidents provenant du service militaire ou de périodes militaires, de guerre étrangère ou civile.

d) Consécutifs aux rixes, (sauf cas de légitime défense), de mouvements populaires, d'émeutes ou d'insurrections.

e) Consécutifs à des courses, matches ou paris (sauf compétitions sportives normales).

f) Consécutifs aux accidents d'aviation sauf si l'Adhérent 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 périmé(e), ce pilote pouvant être l'Adhérent lui-même.

g) Consécutifs aux maladies ou accidents couverts par la législation sur les accidents de travail et les maladies professionnelles.

h) Non causés directement par une maladie ou un accident, par exemple cure de rajeunissement, d'amaigrissement ou d'engraissement, traitements physiothérapeutes tels que gymnastique corrective, séances de rééducation, massages, etc relatifs à des insuffisances musculo-ligamentaires, vaccins préventifs, bilan de santé (check-up).

i) De délivrance de certificats. Médicaux non demandés par l'Assureur.

j) La cures thermales, frais de séjour à la campagne, à la mer ou à la montagne (sauf en sanatorium ou en préventorium pour les cas prévus à J'article 3 paragraphe D).

k) Les soins ou interventions ayant pour but de remédier à toutes les maladies, infirmités ou malformations congénitales, sauf pour les enfants nés en cours d'assurance.

l) Consécutifs aux maladies ou accidents occasionnés directement ou indirectement par la désintégration du noyau atomique.

m) Consécutifs aux maladies ou accidents provenant de tremblement de terre ou inondations.

n) Consécutifs à toutes formes de stérilité masculine ou féminine qu'elle soit primaire ou secondaire, et l'asthénie génitale de l'homme.

o) Consécutifs aux fausses couches, même accidentelles, sauf si cette garantie est prévue dans les Conditions Particulières.

p) D'hospitalisation à l'étranger.

q) Les frais de transports hors du Maroc.

r) Les frais de séjours (en dehors de ceux garantis à l'article précédent) tels que, notamment aériums, colonies sanitaires ou de vacances, écoles de plein air, internats, pouponnières, maisons de repos, de convalescence, de régime, établissements psychiatriques, cures thermales, etc...

s) Les soins donnés par les guérisseurs et d'autres personnes non diplômées ou n'ayant pas le droit d'exercer la médecine dans le pays où se trouve l'Adhérent au moment de sa maladie ou accidents.

ARTICLE 40 : DECLARATION

Le Souscripteur doit, sauf cas fortuit ou de force majeure :

a) Déclarer à l'Assureur tout accident ou maladie paraissant devoir entraîner l'application des présentes garanties et au plus tard dans les trente jours à compter de la survenance ou de la première constatation médicale.
b) Cette déclaration doit être faite sur un imprimé fourni par l'Assureur avec les précisions suivantes :

- Numéro d'adhésion;
- Nom, prénom de l'Adhérent;
- Nom, prénom de la personne malade et son lien de parenté ;
- Nature de la maladie doit être portée par la main du médecin traitant ;
- Les causes et circonstances de l'accident ;
- Nom et adresse du Médecin traitant (ou du spécialiste) ou de l'établissement hospitalier.

Pour prétendre aux prestations, l'Adhérent doit :
a) Joindre à sa déclaration toutes les pièces justificatives des frais engagés, notamment l'ordonnance du médecin traitant, les notes d'honoraires du chirurgien, les vignettes des médicaments ou à défaut les prospectus ou P.P.M de ces médicaments, les factures de clinique ou d'hôpital.
Les ordonnances doivent porter lisiblement le nom et le prénom du malade, la quantité et le prix des médicaments.
b) Au cas où la personne soignée bénéficierait d'un autre contrat de prévoyance, l'Assureur n'interviendra que pour le remboursement complémentaire qui sera effectué sur la base de l'original de la quittance établi par le premier Assureur accompagné de toutes les pièces justificatives.
c) Répondre à toute demande de renseignement de la part de l'Assureur concernant la maladie traitée.
d) Se soumettre, si l'Assureur le juge nécessaire, à l'examen d'un de ses médecins conseils.
La production de renseignements ou de documents faux ou falsifiés ou l'inobservation des prescriptions du présent titre, entraînent automatiquement et immédiatement tant le rejet du dossier litigieux que l'exclusion du bénéfice des garanties du présent contrat de l'Adhérent mis en cause et des personnes à sa charge.

ARTICLE 41 : PLAFOND ANNUEL

Lorsqu'un Adhérent est admis à bénéficier des garanties au cours d'une année d'assurance, il est retenu pour lui un prorata de plafond correspondant au nombre de mois entiers à courir depuis la date d'adhésion jusqu'à la date de renouvellement du contrat.

ARTICLE 42 : ETENDUE TERRITORIALE

L'assurance est limitée au MAROC, sont cependant garantis hors du MAROC et dans les conditions et limites prévues par le présent titre :

- Les maladies ou accidents survenus au MAROC qui nécessitent une hospitalisation à l'Etranger, après accord préalable de l'Assureur.
- Les maladies ou accidents survenus à l'Etranger 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'Etranger sont alors suspendus.

Les remboursements seront réglés en DIRHAMS et au MAROC.

ARTICLE 43 : SUBROGATION

L'Assureur, dans la limite des règlements qu'il a effectués, reste subrogé aux droits de l'Adhérent pour tout recours contre les tiers responsables.

ARTICLE 44 : BASE DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MALADIE – MATERNITE

Les remboursements sont effectués sur la base de la Tarification Nationale de Référence (TNR) sans pouvoir dépasser le maximum prévu à chaque poste, jusqu'à concurrence d'un plafond fixé à **100.000 DH par maladie, par personne et par an** comme l'indique le tableau ci-dessous :

BAREME TARIFICATION NATIONALE DE REFERENCE
TABLEAU DES PRESTATIONS

NATURE DES SOINS OU DES FRAIS	TAUX DE REMBOURSEMENT	REGLES PARTICULIERES
Consultations et visites de médecins, omnipraticiens et spécialistes	**80 %**	
Actes de pratique médicale courante et de spécialité et petite chirurgie en dehors de l'hospitalisation	**80 %**	Soins en série : injections, massages, traitements par hypnotisme, psychothérapie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, etc... Remboursement subordonné à l'accord préalable de la Compagnie.
Analyses de biologie médicale	**80 %**	
Médicaments	**80 %**	Ne sont remboursés que les médicaments délivrés sur ordonnance médicale par un pharmacien légalement diplômé. Ne sont pas pris en charge : - Les produits alimentaires et produits de régime ou de remplacement, les fortifiants, les vins, les eaux minérales, la véganine, l'optalidon ou produits similaires ou dérivés, sous quelque forme que ce soit, les shampooings, les savons solides, etc ... - Les objets à usage médical : thermomètre, seringue, vessie, bac et poire à lavement, bassin, inhalateur, irrigateur, sonde, ventouse, gant de crin, mercurochrome, etc -II est impératif de joindre aux ordonnances les P.P.M (prix public Maroc) figurant sur la boite de chaque médicament en plus des prospectus.
Radiologie - électroradiologie - physiothérapie - électroradio diagnostics- radiographie- roentgenthérapie - curiéthérapie, traitement de tumeurs, etc..	**80 %**	Hors hospitalisation. Dans le cade de l'hospitalisation voir paragraphe ci-dessous
Interventions chirurgicales Honoraires du chirurgien Frais annexes à une opération y compris le séjour	**90** % dans les cliniques privées **100** % dans les hôpitaux publics	Seuls seront pris en considération, les frais de séjour en hôpital ou en clinique auxquels s'ajoutent les frais d'honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste, de salle d'opération et de pharmacie opératoire. Les visites du médecin traitant ne sont garanties que si ce dernier a été appelé à titre d'assistant en cas d'aggravation de l'état de santé du patient. Les services et taxes sont à la charge de l'Assuré.

NATURE DES SOINS OU DES FRAIS	TAUX DE REMBOURSEMENT	REGLES PARTICULIERES
Frais de séjour en cas d'hospitalisation médiale ou chirurgicale - à l'hôpital - en clinique	**100 %** **90%**	Tous suppléments, tels que lit d'accompagnement, accompagnant, service, taxes, etc... restent à la charge de l'assuré.
OPTIQUE a) Verres (selon tarif des opticiens) b) Monture - Maximum pour la monture	**80 %** **80 %** **400 DH / 2 Ans**	Les verres correcteurs de la vue seront remboursés quand le port des lunettes est nécessité par une maladie ou à l'occasion d'un changement de dioptrie ne donnant droit qu'à un seul appareillage. Les verres de contact et les lentilles cornéennes ne sont pas garantis.
MATERNITE	**Forfait d'accouchement Simple ou gémellaire : 3000 DH**	Les accouchements, survenus après l'adhésion de l'Assuré (ou du conjoint de l'Assuré) au présent Contrat, donneront lieu au versement de l'indemnité ci-contre sur présentation de l'Extrait d'Acte de Naissance du nouveau-né. Ce versement exclut le remboursement de tous autres frais imputables à la grossesse normale ou à l'accouchement normal. Toutefois, au cas où l'accouchement donnerait lieu à un acte chirurgical dû à des complications, l'assuré a droit au remboursement des frais engagés dans les mêmes conditions que si s'agissait d'une hospitalisation chirurgicale
Soins dentaires	**80% dans la limite de 20 DH pour la lettre clé D ou K**	Pour les extractions multiples au-dessus de cinq, les soins spéciaux, les parodontoses, les radiographies (plus de 2 par séance), l'Assuré doit demander l'accord préalable de la Compagnie avant d'entreprendre les travaux. Les remboursements sont limités à 2 000 **DH** par Personne et par an.
Prothèse dentaire ODF pour enfants moins de 12 ans	**80 % dans la limite de 20 DH pour la lettre clé D ou K**	Les remboursements sont limités à 2 000 **DH** par personne et par an. Avant d'entreprendre un traitement de prothèse, l'Assuré doit obtenir l'accord écrit de la Compagnie

NATURE DES SOINS OU DES FRAIS	TAUX DE REMBOURSEMENT	REGLES PARTICULIERES
Appareils d'orthopédie	**80 %**	Appareils d'orthopédie pour le premier appareiIIage seulement, la garantie ne s'applique pas au renouvellement pour les Adultes. Les yeux artificiels sont exclus de la garantie.
Frais pré et post-natals	**80 %**	**Maximum 2000 DH**
Fausses couches accidentelles - - à l'hôpital - en clinique	**100 %** **90 %**	**Maximum 2000 DH** **Maximum 2000 DH**
Frais de transports et de garde malade	**80 %**	**Maximum 500 DH**
Cures thermales	**80 %**	**Maximum 400 DH**
Vaccins pour enfant de - de 5 ans	**80 %**	
Mise en couveuse - à l'hôpital - en clinique	**100 %** **90 %**	

CHAPITRE III : LES CONDITIONS PARTICULIERES TITRE I : GARANTIE DECES ACCIDENTEL

ARTICLE 45 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie du présent titre a pour objet le paiement d'un capital en cas de décès accidentel de l'Adhérent.
Le montant du capital garanti en cas de décès accidentel est calculé, par assimilation aux dispositions du Décret n° 2-98-500 du 14 chaoual 1419 (1er février 1999) instituant un régime de capital décès au profit des ayants droit des fonctionnaires civils et militaires et agents de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics.

ARTICLE 46 - DEFINITION DU DECES ACCIDENTEL

Le décès est dit accidentel lorsqu'il est provoqué par une cause extérieure, soudaine et involontaire, à la condition qu'il survienne dans les six mois suivant l'accident et ne soit pas compris dans les risques exclus énumérés à l'article 48.
En cas de sinistre, la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès incombe au(x) bénéficiaire(s) qui ne pourra (pourront) s'opposer, sous peine de déchéance, à l'examen médico-légal que requerrait l'Assureur.

ARTICLE 47 - PAIEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DECES

En cas de décès d'un Adhérent qui doit être notifié à l'Assureur dans les 60 jours (Soixante jours) qui suivent la date du décès, le capital garanti sera réglé sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- Les pièces d'Etat Civil officielles prévues par la législation ou la réglementation en vigueur permettant l'identification de l'Adhérent ainsi que le (ou les) bénéficiaire (s).
- Certificat post - mortum établi par le Médecin ayant constaté le décès et Précisant, à défaut de la cause exacte de ce décès, qu'il s'agit d'une mort naturelle, d'une mort accidentelle ou d'un suicide.
- Attestation du Souscripteur certifiant que l'Adhérent décédé appartenait bien à la date de son décès à la catégorie du personnel bénéficiaire de l'Assurance. Cette attestation précisera en outre le traitement de base à
- Prendre en considération.
- Tout document justifiant du nombre d'enfant (s) à charge de l'Adhérent à la date de son décès
- Le cas échéant, procès-verbal de gendarmerie ou toute pièce analogue relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le décès.
- S'il y a pluralité de bénéficiaires, le paiement des sommes dues est indivisible à l'égard de l'Assureur qui règle sur quittance conjointement signée par l'ensemble des bénéficiaires ou des héritiers.

ARTICLE 48 - RISQUE EXCLU

Ne peuvent ouvrir droit au paiement du capital :
A) Les accidents survenus antérieurement à la date de souscription de l'Adhérent ainsi que ceux faisant l'objet des exclusions citées ci-après :
B) Suicide : Le suicide conscient ou inconscient, volontaire ou involontaire ne peut être couvert qu'après un délai de deux ans à compter de la date de souscription de l'Adhérent au présent contrat.
C) Risque de navigation aérienne : Les risques résultant de la pratique de l'aviation ne sont couverts que si l'Adhérent se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité, et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmée correspondant au type de l'appareil utilisé, ce pilote pouvant être l'Adhérent lui-même.
Toutefois, les pilotes professionnels ne peuvent être couverts qu'après accord express de l'Assureur et sous réserve, dans certains cas, du paiement d'une surprime.

Sont exclus : les compétitions, démonstrations acrobatiques, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols d'essais, vols à voile, vols sur prototypes, descentes en parachute que n'exigerait pas la situation critique de l'appareil.

D) Risque de guerre : Les risques résultant des faits de guerre ne pourraient être couverts que dans les conditions déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

E) Invalidité : Les invalidités résultant de tout fait intentionnel de l'Adhérent et celles rendues totales du fait d'un état préexistant au contrat sont exclues de la garantie.

Tout fait intentionnel de l'Adhérent ;

- Guerre civile, émeute, mouvement populaire, acte de terrorisme, rixe (Sauf cas de légitime défense) ;
- Ivresse, éthylisme, usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- Participation à des paris, courses, matches, records ou essais préparatoires ;
- Pratique de tout sport à titre professionnel ainsi que de la pratique en tant qu'amateur de sports automobiles nécessitant une licence spéciale ;
- Effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'irradiations, provenant d'une transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité, ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

La production de renseignements ou de documents faux ou falsifiés ou l'inobservation des prescriptions du présent titre, entraînent automatiquement et immédiatement tant le rejet du dossier litigieux que l'exclusion du bénéfice des garanties du présent contrat de l'Adhérent mis en cause et des personnes à sa charge.

ARTICLE 49 - ARBITRAGE

En cas de litige, le Souscripteur et l'Assureur déclarent s'en rapporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis par chacun d'eux.

En cas de désaccord, les parties en choisiront un troisième pour les départager.

A défaut d'entente sur le choix du troisième arbitre, le choix sera fait sur simple requête de la partie la plus diligente par le Président de la juridiction compétente.

L'avis pris à la majorité de cette commission arbitrale sera obligatoirement accepté par les deux parties, souscripteur et Assureur, qui supporteront par moitié les frais de la nomination et les honoraires de ce troisième arbitre.

CHAPITRE III TITRE II - GARANTIE INCAPACITE - INVALIDITE

Article 50 - OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de garantir le versement d'une partie du traitement de base à l'Adhérent qui, par suite de maladie ou d'accident (sauf accidents du Travail et maladies professionnelles) est obligé d'interrompre son travail pour une durée supérieure à un Mois (franchise minimum).

Pour les accidents survenus et les maladies contractées lors d'un séjour à l'étranger, le délai de franchise mentionné aux Conditions particulaires ne commence à courir qu'à compter du premier jour du rapatriement.

Les prestations garanties :

En cas d'INCAPACITE : - le service d'une indemnité journalière majorée de 5 % par enfant mineur célibataire à charge (maximum 6 enfants).

En cas d'INVALIDITE : - le service d'une rente d'arrérage majorée de 5 % par enfant mineur célibataire à charge (maximum 6 enfants).

Article 51 - RISQUES EXCLUS

- Les accidents survenus antérieurement à la date d'incorporation de **l'Adhérent ;**
- Tout fait intentionnel de l'Adhérent ;
- Le suicide conscient ou inconscient, volontaire ou involontaire ne peut être couvert qu'après un délai de 2 ans à compter de la date d'adhésion de l'Adhérent au présent contrat ;
- Guerre civile, émeute, mouvement populaire, acte de terrorisme, rixe (Sauf cas de légitime défense) ; Ivresse, éthylisme, usage de stupéfiants non. Prescrits médicalement ;
- Participation à des paris, courses, matches, records ou essais Préparatoires ;
- Pratique de tout sport à titre professionnel ainsi que de la pratique en tant qu'amateur de sports automobiles nécessitant une licence spéciale ;
- Effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant d'une transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;
- Les risques d'aviation ne sont couverts que si l'Adhérent se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmée correspondant au type de l'appareil utilisé, ce pilote pouvant être l'Adhérent lui-même.

Toutefois, les pilotes professionnels ne peuvent être couverts qu'après accord exprès de **l'Assureur** et sous réserve, dans certains cas, du paiement d'une surprime.

- Les accidents de travail ou maladies d'origine professionnelle dont la

Couverture est prévue par la législation marocaine sur les accidents du Travail.

- Les conséquences d'une grossesse ou d'une maternité.
- Les conséquences de tremblements de terre et d'inondations.
- Les accidents ou maladies provenant du service militaire ou des périodes militaires.

Article 52 - DECLARATION - JUSTIFICATION - DROIT DE CONTROLE

Lorsqu'un Adhérent se trouve en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, l'Assureur devra en être avisé par le Souscripteur dans les **trente Jours** qui suivent l'arrêt de travail, avec précision de la nature de l'accident ou de la maladie.

Cet avis doit être fait par écrit avec production à l'appui d'un certificat médical détaillé indiquant la cause de cette incapacité, sa date d'origine et sa durée probable.

A l'expiration de la période d'incapacité prévue par le certificat, l'Adhérent ne se trouvant pas en état de reprendre son travail doit, dans un délai de 15 jours, adresser un nouveau certificat.

Si une déclaration d'incapacité de travail est transmise à l'Assureur postérieurement au 30ème jour d'arrêt de travail, le délai de franchise est décompté à dater du jour de réception de la déclaration.

L'assureur se réserve, dans tous les cas le droit de contester les conclusions des certificats médicaux fournis par l'Adhérent. Il peut à cet effet faire visiter à ses frais, soit par un médecin, soit par un de ses représentants l'Adhérent malade ou invalide bénéficiant ou demandant à bénéficier des garanties du

présent titre, et demander à l'Adhérent percevant la rente d'invalidité de justifier tous les six mois de la persistance de son état.

Au cas où l'Adhérent s'opposerait à ces visites ou aux examens médicaux demandés ou n'apporterait pas la preuve du maintien de l'invalidité, le paiement des prestations cesserait immédiatement.

En cas de litige, le Souscripteur et l'Assureur déclarent s'en rapporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis par chacun d'eux.

En cas de désaccord, les parties en choisiront un troisième pour les départager.

A défaut d'entente sur le choix du troisième arbitre, le choix sera fait sur simple requête de la partie la plus diligente par le Président de la juridiction compétente.

L'avis pris à la majorité de cette commission arbitrale sera obligatoirement accepté par les deux parties, Souscripteur et Assureur, qui supporteront par moitié les frais de la nomination et les honoraires de ce troisième arbitre toute fausse déclaration effectuée sciemment sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un sinistre, entraîne déchéance de tout droit à la garantie de ce sinistre.

Article 53 - EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES

Au cours des périodes pendant lesquelles l'Adhérent bénéficiera des indemnités journalières pour incapacité temporaire totale ou des rentes pour invalidité permanente totale, l'Adhérent sera exonéré du paiement des primes se rapportant aux garanties du présent titre et dans le cas où les garanties suivantes seraient souscrites :

- Décès - Invalidité Absolue et Définitive
- Décès accidentel - double effet.

Il est toutefois précisé que les primes afférentes à la garantie maladie-maternité ne sont en aucun cas exonérées.

Il n'y a pas d'exonération pour les bénéficiaires de rentes d'invalidité permanente partielle.

L'exonération porte sur les fractions de primes correspondant à la période pendant laquelle L'Adhérent a droit aux indemnités journalières pour incapacité totale temporaire ou à la rente d'invalidité permanente.

Article 54 – OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur s'engage à remplir toutes les obligations découlant du contrat, et notamment à payer dans les formes et délais prévus à l'article 19 des Conditions Générales la prime afférente aux garanties souscrites.

Le souscripteur déclare accepter expressément la clause d'arbitrage objet de l'article 21 des Conditions Générales.

CHAPITRE III TITRE III-GARANTIE MALADIE – MATERNITE

ARTICLE 55 - OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet le remboursement à l'Adhérent d'une partie des dépenses d'ordre médical engagées en cas de maladie ou d'accident affectant soit l'Adhérent lui-même, soit son conjoint soit ses enfants mineurs célibataires à charge.

On entend par dépenses d'ordre médical :

- LES FRAIS MEDICAUX:
  - Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes,
  - Actes médicaux de pratique courante ou de spécialité ou de petite Chirurgie.
- LES FRAIS PHARMACEUTIQUES
- LES FRAIS CHIRURGICAUX actes opératoires, aides, assistants, anesthésistes, salle d'opération ...
- LES FRAIS DE SEJOUR : En hôpital, clinique, sanatorium et préventorium.
- LES SOINS DENTAIRES
- LES PROTHESES DENTAIRES ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE
- LES FRAIS DE LABORATOIRE ET DE RADIOLOGIE
- LES FRAIS DE MATERNITE
- LES APPAREILS D'ORTHOPEDIE ET DE PROTHESE
- LES FRAIS D'OPTIQUE ET DE LUNETTERIE

Les déclarations du Souscripteur et des Adhérents servent de base à la garantie du contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des dispositions des Articles 30 et 94 du code des assurances.

ARTICLE 56 - RISQUES EXCLUS

A - Ne donnent droit à aucun remboursement les frais occasionnés par :

- Des maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ;
- Des infirmités ou maladies congénitales sauf pour les enfants nés en cours d'assurance ;
- La stérilité masculine ou féminine ainsi que l'asthénie génitale de l'homme ;
- Les fausses couches non accidentelles ;
- Les frais non causés directement par une maladie ou un accident tels que les massages, la rééducation pour insuffisance musculo-ligamentaire et les bilans de santé ;
- Les yeux artificiels;
- Les suppléments et les visites du médecin traitant (sauf aggravation de l'état) pendant les hospitalisations ;
- Certains produits comme : les produits de régime ou d'hygiène, les fortifiants, les objets à usage médical, les produits cosmétiques ;
- Les soins et actes non prévus à la Nomenclature Générales des Actes Professionnels.

Prestations soumises à l'accord de l'Assureur

- Les soins en série dépassant 12 séances tels que :
  - Les injections, les massages, l'hypnotisme,
  - La psychothérapie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino, laryngologie, etc...
- Les séjours en préventorium et en sanatorium
- Curtains soins dentaires:
  - Les extractions multiples (au-dessus de 5). Les soins spéciaux
  - Les parodontoses
  - Les radios (plus de 2)
  - Les prothèses dentaires et l'orthodontie

- Les soins à l'étranger pour les maladies et accidents survenus au Maroc Les séances d'électrothérapie et d'aérosols (traitement des allergies).

Clauses spéciales

Les remboursements des fiais d'hospitalisation seront effectués sur la base du tarif national de référence.

ARTICLE 57 - DECLARATION DE SINISTRE

- Une feuille de soins (déclaration de maladie) par médecin et par malade, à envoyer dès que le dossier est complet ;
- Remplir soigneusement la partie de la feuille de soins concernant l'Adhérent en n'oubliant pas le numéro d'adhésion. Si le malade est un ayant droit, indication du lien de parenté.
- A ne pas oublier de noter sur le talon détachable le montant des frais engagés ou du devis ainsi que la date de dépôt du dossier. Ce document est utile en cas de reclamation.
- Joindre toujours à la feuille de soins remplie :
  - La prescription originale du médecin (ordonnance) qui doit indiquer le nom et le prénom de la personne malade.
  - Les prospectus et PPM (Prix Public Maroc)
- Les factures doivent toujours être détaillées et acquittées (originaux).
- Tout ce qui est rempli par les professionnels de la santé doit obligatoirement être daté, signé et tamponné.

La production de renseignements ou de documents faux ou falsifiés ou l'inobservation des prescriptions du présent titre, entraînent automatiquement et immédiatement tant le rejet du dossier litigieux que l'exclusion du bénéfice des garanties du présent contrat de l'Adhérent mis en cause et des personnes à sa charge.

ARTICLE 58 - CONTROLE - EXPERTISE - ARBITRAGE

L'Assureur se réserve le droit de faire visiter par le médecin de son choix tout Adhérent malade ou accidenté.

Les médecins et représentants de l'Assureur devront avoir libre accès auprès de l'Adhérent afin de contrôler son état de santé.

En cas de refus de l'intéressé, celui-ci pourra être mis en demeure par lettre recommandée d'avoir à se soumettre à ce contrôle.

Si dans un délai de dix jours à dater de la mise à la poste de cette lettre recommandée celle-ci restait sans réponse de la part de l'Adhérent (sauf cas fortuit ou de force majeure) ou si l'Adhérent maintenait son refus sans justification valable, il perdrait tout droit à l'indemnisation pour le sinistre concerné.

L'assureur doit notifier à l'adhérent par écrit, toute décision fondée sur motif médical, ayant pour objet de lui refuser tout ou partie des prestations garanties.

L'Adhérent dispose alors d'un mois à compter de cette notification pour demander une expertise médicale amiable s'il entend contester le bien-fondé des motifs invoqués par l'Assureur. Au cas où il formulerait sa demande après l'expiration du délai ci-dessus, l'Assureur serait en droit de ne pas y donner suite, sauf cas fortuit ou de force majeure.

Dans le cas où cette procédure d'expertise amiable n'aboutirait pas à un accord, un médecin-expert est désigné par l'Adhérent (ou son médecin traitant) et le médecin conseil de l'Assureur. A défaut d'accord entre les parties, il serait pourvu à la désignation de l'expert par voie de référé.

L'avis de ce troisième médecin sera obligatoirement accepté par les deux parties, Adhérent et Assureur, qui supporteront par moitié les frais de la nomination et les honoraires de ce troisième médecin.

Signature du Maître d'ouvrage :



CONVENTION N° **……/2026**

LE CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE MALADIE, MATERNITE, DECES, INCAPACITE TEMPORAIRE, INVALIDITES AU PROFIT DES MEDECINS RESIDANTS NON CONTRACTUELS EN FONCTION AU CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE MOHAMMED VI MARRAKECH.

Passé En application de l'article 4 paragraphe 7 et l'annexe n°1 du règlement relatif aux du décret n° 2-22-431 du 15 Chaabane 1444 (8 mars 2023) relatif aux marchés publics.

Arrêter la présente convention toutes taxes comprises à :

En chiffres :……

En lettres : ……

M. Le Secrétaire Général du Centre Hospitalo-universitaire Mohammed VI Marrakech.	**Signature et cachet de la Société (Avec la mention « lu et accepté »)**
Le ……	**Le ……**
Approbation de Madame la Directrice du Centre Hospitalo-universitaire Mohammed VI Marrakech	**Visa de M. Le Contrôleur d'Etat du Centre Hospitalo-universitaire Mohammed VI Marrakech..**
Le……	**Le……**