

OCIDENTAL

grupo ageas



Assurance Santé Médias

Conditions générales et particulières de la police

Applicable aux assurances Médias Light, Médias Dental, Médias Light + Dental

Service client: 210 042 490 / 226 089 290

Appel vers le réseau fixe national

Service personnalisé disponible tous les jours ouvrables de 8h30 à 19h00

www.ocidental.pt

SOMMAIRE

CONDITIONS GÉNÉRALES

- 03 CLAUSE 1 - DÉFINITIONS
- 08 CLAUSE 2 - OBJET
- 08 CLAUSE 3 - BASE DU CONTRAT
- 08 CLAUSE 4 - ÉTENDUE TERRITORIALE
- 08 CLAUSE 5 - PERSONNES ASSURÉES
- 08 CLAUSE 6 - GARANTIES ET MODALITÉS
- 09 CLAUSE 7 - PRESTATIONS CONVENTIONNÉES
- 09 CLAUSE 8 - EXCLUSIONS
- 12 CLAUSE 9 - DÉBUT DE LA COUVERTURE ET PRISE D'EFFET
- 12 CLAUSE 10 - TERME DU CONTRAT
- 13 CLAUSE 11 - RÉSILIATION DU CONTRAT
- 13 CLAUSE 12 - PAIEMENT DES PRIMES
- 14 CLAUSE 13 - AVIS DE PAIEMENT DES PRIMES
- 14 CLAUSE 14 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES PRIMES
- 15 CLAUSE 15 - IMPOSSIBILITÉ TEMPORAIRE DE NOUVELLE SOUSCRIPTION
- 15 CLAUSE 16 - OBLIGATIONS ET DROITS DU SOUSCRIPTEUR ET/OU DE L'ASSURÉ
- 15 CLAUSE 17 - SUBROGATION
- 15 CLAUSE 18 - MODIFICATIONS DES TERMES DU CONTRAT
- 16 CLAUSE 19 - ARBITRAGE
- 16 CLAUSE 20 - COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS
- 16 CLAUSE 21 - DROIT APPLICABLE ET TRIBUNAL COMPÉTENT

CONDITION SPÉCIALES

- 17 CONDITION SPÉCIALE - ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION
- 17 CONDITION SPÉCIALE - ASSISTANCE CLINIQUE DE SOINS AMBULATOIRES
- 17 CONDITION SPÉCIALE – COUVERTURE MÉDECIN EN LIGNE
- 18 CONDITION SPÉCIALE – SERVICES D'ASSISTANCE À DOMICILE
- 20 CONDITION SPÉCIALE – 2ème AVIS MÉDICAL
- 21 CONDITION SPÉCIALE - COUVERTURE DE SOINS DENTAIRES

CONDITIONS GÉNÉRALES

CLAUSE I - DÉFINITIONS

Définitions des termes et des expressions utiles afin de faciliter la perception des concepts et des contenus des conditions du présent contrat d'assurance :

I. Concernant les entités impliquées dans le contrat d'assurance santé :

ASSUREUR

Entité légalement autorisée à exercer l'activité d'assurance et qui souscrit, avec le Souscripteur, le contrat d'assurance.

MÉDIS

Marque exclusive et déposée de produits gérés par Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA, assureur, réassureur et gestionnaire du système intégré de soins de santé, subordonnée aux assurances des branches Maladie, Assistance et Accidents, qualifiées par des Polices émises par la compagnie ou par d'autres compagnies d'assurance autorisées.

SOUSCRIPTEUR

Entité qui signe le contrat d'assurance auprès de l'Assureur, et règle la Prime.

ASSURÉ

Personne physique identifiée dans les Conditions particulières et titulaire du Certificat d'assurance, dont la santé ou l'intégralité physique est assurée, et qui bénéficie des garanties de la Police.

AYANTS DROIT

Groupe de personnes identifiées dans les Conditions Particulières ou dans le Certificat Individuel qui vit en économie commune et qui comprend, en plus du Souscripteur, dans le cas d'une assurance individuelle, ou de l'Adhérent, dans le cas d'une assurance de groupe, son conjoint ou personne avec qui il vit ensemble depuis plus de deux ans, de même que ses descendants ou ascendants en ligne droite ou collatérale jusqu'au 2ème degré et qui dépendent économiquement du Souscripteur ou de l'Adhérent.

2. Concernant les documents qui régissent et intègrent le contrat :

POLICE

Document qui fixe le contrat signé entre le Souscripteur et l'Assureur, dont font partie intégrante les Conditions générales, spéciales et particulières convenues, de même que les Actes additionnels au contrat.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Ensemble de clauses qui définissent et régissent les obligations génériques et communes inhérentes au contrat d'assurance.

CONDITIONS SPÉCIALES

Clauses qui, en complétant ou en spécifiant les Conditions générales, sont généralement applicables à certaines garanties, lorsqu'elles sont souscrites.

CONITIONS PARTICULIÈRES

Document qui définit les éléments spécifiques de chaque contrat d'assurance, formalisé par un Certificat Individuel.

ACTE ADDITIONNEL

Document qui stipule une modification de la Police.

3. Concernant la souscription de l'assurance santé :

ASSURANCE MÉDIS LIGHT ET DENTAL

Contrat d'Assurance Maladie conclu entre l'Assureur et le Preneur d'Assurance, établi par l'émission d'une Police, par lequel l'Assureur garantit aux Personnes Assurées l'accès au réseau de prestataires de soins de santé de Médis, conformément aux dispositions et limites convenus avec ces dernières, avec détermination des critères de financement expressément indiqués, ou le remboursement partiel des frais de santé engagés auprès d'entités non conventionnées.

PROPOSITION D'ASSURANCE MÉDIS

Document, sous la forme d'un formulaire de l'Assureur, à remplir et à signer par le Souscripteur ou par chaque Adhérent (Proposition d'Adhésion), qui comprend les éléments d'information essentiels en vue de l'acceptation du contrat d'assurance ou de l'adhésion individuelle. Ce document fait partie intégrante de la Police lorsqu'il est émis et lie toutes les parties, à savoir le Souscripteur, chaque Adhérent et l'Assureur.

4. Concernant les montants mentionnés dans le contrat d'assurance santé :

PRIME

Prix payé par le Souscripteur à l'Assureur en échange de la couverture de risque, par la souscription de l'assurance. Pour les assurances collectives contributives, la Prime peut être prise en charge, en totalité ou en partie, par les Assurés.

CAPITAL ASSURÉ

Le Capital assuré représente le montant maximum de la prestation payé par l'Assureur en cas de sinistre ou annuité d'assurance, selon ce qui est stipulé dans le contrat.

FRANCHISE

Valeur, pourcentage ou nombre de jours à la charge du Preneur d'assurance et/ou de la Personne assurée, dont le montant, la période ou le mode de calcul est stipulé dans la Police.

PAIEMENT PARTAGÉ

Somme qui est prise en charge par l'Assuré pour chaque consultation dans les cliniques du réseau Médis Dental, conformément aux stipulations des Conditions particulières ou du Certificat Individuel.

CONTRIBUTION PAR FINANCEMENT

Somme prise en charge par l'Assureur dans le cadre des prestations conventionnées et directement payée au prestataire de soins de santé, sans préjudice de l'exigibilité de Paiement partagé ou des franchises aux Assurés.

CONTRIBUTION PAR REEMBOURSEMENT

Somme remboursée par l'Assureur, après déduction des Franchises et des Paiements partagés applicables, à l'Assuré ou payée au prestataire de soins de santé lorsqu'une prise en charge est émise.

5. Concernant les garanties du contrat d'assurance santé:

CONDITIONS D'ADHÉSION

Conditions établies dans les Conditions particulières ou dans le Certificat Individuel pour chaque Assuré, Ayants droits ou groupe assuré.

PRESTATIONS CONVENTIONNÉES

Garantie du financement d'accès, dans les conditions prévues dans la Police, de la Personne assurée à un réseau intégré de médecins et d'unités médicales convenus, selon leur propre liste ou indication de la ligne Médis(1), réseau de prestataires conventionnés, de libre choix et d'accès sous réserve des critères d'utilisation contenus dans le Guide Médis.

PRESTATIONS INDEMNITAIRES

Garantie de remboursement partiel des frais engagés à la suite d'un évènement couvert par les garanties de la Police.

ÉVÈNEMENT / SINISTRE

Tout évènement susceptible de déclencher le fonctionnement des garanties du contrat.

ACCIDENT

Évènement fortuit, soudain et anormal, dû à une cause externe et non lié à la volonté de l'Assuré et qui est à l'origine de lésions corporelles, cliniquement et objectivement constatées, susceptibles de déclencher les couvertures du contrat.

MALADIE

Toute modification involontaire de l'état de santé, non provoquée par un accident et diagnostiquée par un médecin.

MALADIE PRÉEXISTANTE

Est considérée préexistante au contrat d'assurance et donc exclue du champ d'application de la garantie, la pathologie que l'Assuré ne pouvait ignorer, ou aurait dû connaître avant la date de souscription de l'assurance, notamment parce qu'elle faisait l'objet d'une enquête clinique, d'un traitement préalable ou d'un tout autre acte médical, ou encore parce que l'existence de signes ou de symptômes spécifiques de la pathologie en question était manifeste à la date de ladite souscription, pour laquelle un diagnostic avait déjà été établi, bien que non définitif.

MALADIE CONGÉNITALE

Maladie présente dès la naissance, en raison de facteurs héréditaires ou de conditions constatées lors de la grossesse jusqu'au moment de la naissance. La maladie congénitale peut être évidente ou reconnue immédiatement dès la naissance ou être découverte plus tard à tout moment de la vie de la personne, sans préjudice de sa nature.

(1) Ligne Médis - 218 458 888 - triage clinique 24h/24 et questions administratives du lundi au vendredi de 8h à 20h (coût d'un appel vers le réseau fixe national)

MÉDECIN

Diplômé d'une Faculté de Médecine ou de Médecine Dentaire, légalement autorisé à exercer la profession au Portugal et dont la spécialité et l'inscription sont reconnues par l'Ordre des Médecins, par l'Ordre des Dentistes ou par des entités similaires des pays où ils exercent leur activité.

UNITÉ DE SANTÉ

Etablissement, intégré ou non au Service National de Santé, ayant pour objet la prestation de services médicaux ou d'autres soins de santé et autorisée par la loi en vigueur, comprenant des entités avec hospitalisation ou salle de réveil, entités généralisées de services d'hospitalisation et ambulatoires, ainsi que les entités spécialisées dans les services ambulatoires et complémentaires au diagnostic et à la thérapie, indépendamment de leur désignation et forme juridique adoptée, y compris les Hôpitaux, les Cliniques et les Centres complémentaires au diagnostic et thérapie.

ACTE MÉDICAL

Acte exécuté par un médecin légalement qualifié par l'Ordre respectif, qui intègre la promotion de la santé bucco-dentaire, la prévention et le traitement de la maladie, ainsi que des interventions stomatologiques, et peut déterminer des procédures complémentaires effectuées par d'autres médecins.

SERVICES CLINIQUEMENT NÉCESSAIRES

Services conformes à l'état clinique du patient, conformément aux protocoles et aux normes reconnus par la communauté médicale dans le domaine de l'assurance.

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Assurance effectuée à l'égard de personnes physiques pouvant inclure des Ayants droits dans le champ d'application de la garantie, et qui ne constitue pas une Assurance Collective.

ASSURANCE COLLECTIVE

Assurance d'un groupe de personnes liées entre elles et au Souscripteur par une obligation ou un intérêt commun autre que celui de l'assurance.

ASSURANCE COLLECTIVE CONTRIBUTIVE

Assurance Collective dans laquelle les Assurés/Adhérents prennent en charge, en totalité ou en partie, le paiement du montant correspondant à la prime due par le Souscripteur.

ASSURANCE COLLECTIVE NON CONTRIBUTIVE

Assurance Collective dans laquelle le Souscripteur contribue entièrement au paiement de la Prime.

GROUPE ASSURABLE

Groupe de personnes liées entre elles et au Souscripteur par une obligation ou un intérêt commun autre que celui de l'assurance.

6. Concernant le Système intégré de Soins de Santé Médis :

SYSTÈME INTÉGRÉ DE SOINS DE SANTÉ MÉDIS

Organisation qui articule le financement direct, dans les conditions et limites convenues, de l'Assuré aux prestataires en réseau conventionné, à savoir les médecins, les hôpitaux, les cliniques, les centres de moyens complémentaires de diagnostic et de thérapie.

MÉDECIN EN LIGNE

Service réalisé à distance par l'intermédiaire de l'application Médis et par un médecin autorisé légalement à exercer par son ordre professionnel, qui comprend la promotion de la santé, la prévention et le traitement de la maladie, ainsi que soigner les personnes qui choisissent la consultation en ligne, en pouvant décider la réorientation vers une consultation présentielle ou des procédures complémentaires réalisées par d'autres professionnels de santé.

LIGNE MÉDIS⁽¹⁾

Assistance téléphonique permanente, grâce à laquelle l'Assuré peut être dirigé vers les soins les plus appropriés, dans le but d'améliorer sa santé.

RÉSEAU DE PHARMACIES

Accès au réseau de Pharmacies adhérentes offrant différents services avec une contribution directe selon les couvertures souscrites. Les pharmacies participantes sont dûment identifiées dans le Guide Médis disponible sur le site Internet.

CARTE MÉDIS

Carte personnelle et non transférable, qui identifie le titulaire auprès de l'Assureur et auprès du Réseau Médis Light et Médis Dental, afin de permettre l'accès au système de soins de santé, en enregistrant, dans le cas où elle intègre un dispositif propre, les consultations, les actes médicaux et autres moyens utilisés.

RÉSEAU MÉDIS LIGHT

Ensemble de prestataires de services conventionnés dans le cadre du système intégré de soins de santé Médis, couvrant les personnes physiques professionnels de santé et les personnes morales administratrices de centres de santé. Ces entités sont dûment identifiées dans le Guide Médis disponible sur medis.pt.

RÉSEAU MÉDIS DENTAL

Ensemble des prestataires des services conventionnés dans le cadre du système de soins intégrés de soins de médecine dentaire Médis. Ces entités sont dûment identifiées dans le Guide Médis disponible sur medis.pt.

MÉDECIN INTÉGRÉ DU RÉSEAU MÉDIS

Médecin d'une spécialité reconnue par l'Ordre respectif compétent, ayant été recruté par Médis pour la prestation de soins de santé dans le cadre de sa spécialité.

MÉDECIN DE SOINS PRIMAIRES INTÉGRÉ

Médecin s'étant joint au Réseau de prestataires de soins de santé Médis, qualifié dans les spécialités de Médecine générale et familiale, Médecine interne, Gynécologie-obstétrique, Pédiatrie, Ophtalmologie, Stomatologie et Médecine dentaire.

MÉDECIN SPÉCIALISÉ INTÉGRÉ

Médecin d'une spécialité autre que celles qui intègrent le réseau de soins primaires et ayant adhéré au réseau de prestataires de soins de santé Médis.

(1) Ligne Médis - 218 458 888 - triage clinique 24h/24 et questions administratives du lundi au vendredi de 8h à 20h (coût d'un appel vers le réseau fixe national)

MÉDECIN ASSISTANT MÉDIS

Médecin Spécialisé en Médecine générale et familiale ou en Médecine interne, accessible et disponible en raison de sa proximité avec le Client Médis, doté d'une connaissance approfondie des procédures de l'Assureur et, en articulation avec la Ligne Médis, aide à l'usufruit rapide et adapté des avantages du contrat d'assurance santé, assurant une gestion plus appropriée des besoins de santé des Clients Médis.

CLAUSE 2 - OBJET

Par le présent contrat, l'Assureur garantit à l'Assuré les garanties, dans le domaine des soins de santé, intégrant individuellement ou conjointement les prestations conventionnées, les prestations indemnitaires et les services d'assistance, identifiés dans les Conditions Particulières de la Police et dont la portée est définie dans les Conditions spéciales et dans ces Conditions générales.

CLAUSE 3 - BASE DU CONTRAT

1. La proposition d'assurance, la proposition individuelle de souscription et les déclarations fournies par le titulaire de la Police, représentent la base du contrat d'assurance et font partie intégrante de la Police.

2. Le Souscripteur doit communiquer aux Assurés les garanties accordées et ses exclusions, les engagements et les droits en cas de sinistre, de même que les modifications de contrat, conformément au modèle établi par l'Assureur, sous peine d'engager sa responsabilité civile en termes généraux.

CLAUSE 4 - ÉTENDUE TERRITORIALE

1. Sauf disposition contraire stipulée dans les Conditions Spéciales ou Particulières, l'étendue territoriale du présent contrat se limite au territoire national.

CLAUSE 5 - PERSONNES ASSURÉES

1. Tout Assuré qui accepte les conditions qui déclenchent les garanties couvertes et l'utilisation du Réseau Médis Light et/ou Réseau Médis Dental à la date du présent contrat, bénéficie des garanties accordées dans ce contrat.

2. Les Assurés sont acceptés par l'Assureur conformément à ses critères d'acceptation en fonction des paramètres d'évaluation du risque en vigueur ;

3. L'acceptation de l'assurance, à l'égard de chaque Assuré, est confirmée par l'Assureur par l'émission de la Police ou du Certificat Individuel, avec la livraison postérieure d'une Carte Médis.

CLAUSE 6 - GARANTIES ET MODALITÉS

1. Les garanties sont définies dans les Conditions spéciales, et celles mentionnées dans les Conditions particulières intègrent le contrat d'assurance.

2. Les garanties intègrent les modalités des prestations conventionnées, des prestations indemnitaires et des services d'assistance conformément aux conditions stipulées dans les clauses suivantes et les Conditions Spéciales.

CLAUSE 7 - PRESTATIONS CONVENTIONNÉES

1. Dans le cadre des prestations conventionnées, l'Assureur garantit aux personnes assurées un accès direct aux médecins, aux hôpitaux, aux unités de santé, ou aux centres de moyens complémentaires de diagnostic et autres services de santé qui, à tout moment, font partie du Système intégré de soins de santé Médis, dont les conditions d'utilisation sont établies dans la Police et le Guide Médis.

2. Les conditions de financement comprennent des plafonds, par rapport à des actes médicaux concrets, ainsi que des copaiements par consultations à la charge de l'Assuré, dont le champ d'application est défini dans les Conditions Spéciales et les Conditions Particulières.

3. L'activation des couvertures prévues aux Conditions Particulières fait l'objet d'une analyse du processus clinique et dépend de l'autorisation expresse des services cliniques de l'Assureur, qui obéit exclusivement à des critères de nature médicale, conformément aux principes de bonnes pratiques cliniques.

4. L'Assureur met à la disposition de l'Assuré le Guide Médis avec la liste des prestataires sur le Site Médis qui, à chaque instant, intègrent le réseau Médis Light et le réseau Médis Dental, étant à la discrétion de l'Assuré le choix du prestataire.

CLAUSE 8 - EXCLUSIONS

I. Sont exclus du présent contrat les prestations découlant de:

a) maladies préexistantes ou qui sont la conséquence d'accidents survenus avant la date de début ou d'adhésion à l'assurance;

b) accidents de voiture, accidents du travail ou maladies professionnelles, ainsi que d'autres accidents et maladies couverts par d'autres assurances obligatoires;

c) maladies infecto-contagieuses, lorsqu'elles surviennent dans une situation épidémique déclarée par les autorités sanitaires;

d) toute pathologie résultant, directement ou indirectement, de l'action du virus de l'immunodéficience humaine;

e) troubles du domaine de la santé mentale, sauf s'il en est expressément convenu autrement en ce qui concerne les consultations psychiatriques selon les conditions établies dans les Conditions particulières. Sont également exclus toutes les prestations découlant de l'assistance psychologique, de consultations ou de traitements de psychanalyse, d'hypnose et de thérapie du sommeil, ainsi que les hospitalisations psychiatriques;

f) les traitements liés à des problèmes de développement physique, cognitif ou langagier, ainsi qu'à l'apprentissage ou au comportement, à savoir la dyslexie, le déficit de l'attention ou l'hyperactivité;

g) les troubles résultant d'une intoxication alcoolique, de l'usage de stupéfiants ou de narcotiques non prescrits par un médecin, ou de l'abus de médicaments;

h) les maladies ou blessures provoquées par la pratique de tout acte volontaire ou gravement fautif de l'Assuré, auto-infligées ou résultant d'actes illicites pratiqués par l'Assuré;

i) toute méthode de contrôle des naissances et planning familial et également d'interruption volontaire de grossesse, de même que tous les actes médicaux liés à celle-ci;

j) les dysfonctionnements sexuels, quelle qu'en soit la cause;

k) les consultations, les traitements et test d'infertilité, de même que les méthodes d'insémination artificielle et leurs conséquences;

l) tout traitement:

i) ou intervention chirurgicale effectuée dans l'intention d'améliorer l'apparence personnelle ou d'enlever un tissu corporel sain et leurs conséquences;

ii) ou le traitement sclérosant de l'insuffisance chronique des membres inférieurs;

iii) ou les chirurgies esthétiques ou reconstructives et leurs conséquences, à moins qu'elles ne soient incluses dans le traitement d'une maladie maligne ou résultant d'un accident survenu pendant la durée de la Police;

iv) de la correction de l'obésité, le traitement de l'amincissement et assimilés et leurs conséquences;

m) les traitements, actes chirurgicaux et autres actes destinés à corriger des maladies congénitales ou des malformations, sauf stipulation contraire dans les conditions établies dans les Conditions particulières en ce qui concerne les nouveaux-nés garantis par la Police Médicis depuis la naissance;

n) les traitements d'hémodialyse;

o) les greffes d'organes et leurs implications, sauf accord contraire en termes de couverture supplémentaire lors de contrats spéciaux

p) les traitements dans les sanatoriums, spas, maisons de repos, maisons de retraite et autres établissements assimilés, les consultations et les traitements d'hydrothérapie, la médecine complémentaire, l'homéopathie, les ostéopathes et les chiropraticiens, ou les pratiques assimilés, ainsi que tous les actes médicaux ou thérapeutiques non reconnus par l'Ordre des Médecins du Portugal;

q) les médicaments dont la mise sur le marché n'a pas encore été autorisée par l'autorité compétente;

r) les accidents survenus et les maladies contractées en vertu de:

i) la pratique professionnelle de sports et la participation, en tant qu'amateur, à des compétitions sportives intégrées sans championnat et sans entraînements;

ii) la participation à des compétitions sportives et leurs entraînements avec des véhicules, équipés ou pas de moteur (skate, VTT, rafting, deltaplane, parapente et ULM inclus);

iii) la pratique du ski et ski nautique, surf, snowboard, chasse sous-marine, la plongée en scaphandre, boxe, arts martiaux, parachutisme, taoumachie, barrage / sauts d'obstacles, spéléologie, canoë-kayak, escalade, rappel, alpinisme, saut à l'élastique et d'autres sports assimilés par leur dangerosité;

iv) l'utilisation de véhicules motorisés à deux roues, trois roues ou moto quatre;

v) cataclysmes de la nature, actes de guerre, déclarés ou non, actes de terrorisme, sabotage, troubles de l'ordre public et utilisation d'armes chimiques ou bactériologiques;

vi) conséquences de l'exposition à des rayonnements.

s) frais engagés auprès de médecins qui sont des conjoints, pères, enfants ou frères/sœurs de l'Assuré;

t) soins infirmiers dispensés à domicile ou lors d'une hospitalisation non couverts dans les services hospitaliers;

u) les procédures expérimentales, ainsi que toutes les procédures de diagnostic et thérapie dont la sécurité et l'efficacité cliniques ne sont d'ailleurs pas prouvées scientifiquement, en accord avec la pratique médicale;

v) les soins continus, compris comme les services cliniques qui ne nécessitent pas d'hospitalisation dans un établissement hospitalier, et qui peuvent et doivent être dispensés à l'hôpital dans une unité appropriée;

w) les frais de services qui ne sont pas cliniquement nécessaires, de même que l'assistance et le traitement hospitalier pour des raisons de nature sociale;

x) les frais de transport de l'Assuré liés à une physiothérapie et dialyse;

y) les conséquences de retard injustifié ou de négligence imputables au prestataire de soins de santé ou à l'Assuré dans l'utilisation d'une assistance médicale, ou le refus ou le non-respect des traitements prescrits;

2. Sauf convention expresse contraire dans les Conditions Particulières, le Certificat Individuel ou le au titre d'une Condition Particulière, les prestations résultant :

a) la stomatologie et la dentisterie, à l'exception de la chirurgie à la suite d'un accident couvert par le présent contrat et s'est produit pendant sa durée ;

b) les implants et toutes les procédures connexes, à savoir les gabarits diagnostiques et chirurgicaux, régénération osseuse guidée, piliers transépithéliaux, montage d'articulateur, couronnes provisoires et décisions définitives sur les implants, entre autres, sauf convention contraire dans les Conditions particuliers;

c) les médicaments ;

d) prothèses et orthèses non chirurgicales ;

e) accouchement ;

f) examens de santé généraux (check-up) ;

g) les tickets modérateurs ou franchises résultant d'actes ou d'actes médicaux garantis par un autre Police Médis en vigueur pour le même Assuré, présentée à l'Assureur sous le prestations d'indemnisation, dans la limite de la quote-part pour le même acte ou acte médecin garanti par la même Police.

CLAUSE 9 - DÉBUT DE LA COUVERTURE ET PRISE D'EFFET

1. Le début de l'assurance, si elle est acceptée, dépend de la date à laquelle Médis reçoit la proposition :
 - a) Si l'assureur reçoit la proposition avant le 15 du mois, l'assurance prend effet à partir de 00h00 le 15 du même mois ;
 - b) Si l'assureur reçoit la proposition le 15 du mois ou après, l'assurance prend effet à partir de 00h00 le 1er du mois suivant.
2. Les garanties sont valables pour les personnes assurées à compter de la date de début indiquée dans les Conditions Particulières, sans préjudice de ce qui est défini en matière de Délais de grâce ou autres délais suspensifs.
3. La durée de ce contrat est celle prévue dans les Conditions Particulières de la Police, et elle peut être conclu pour une durée fixe et déterminée ou pour un an renouvelable.
4. Lorsqu'il est conclu pour une durée déterminée, le contrat cesse d'être en vigueur à minuit le dernier jour de la période établie.
5. Lorsque le contrat est conclu pour une année et est renouvelable, il est considéré automatiquement et successivement renouvelé pour des périodes annuelles, sauf si l'une des parties le résilie par écrit, par lettre recommandée ou par un autre moyen dont il existe un registre durable, au moins 30 jours à l'avance par rapport à la fin de l'annuité.
6. Les prestations garanties par l'Assureur concernent exclusivement chaque période de validité du contrat, sans extension des garanties au-delà de la date d'échéance, sans préjudice des dispositions relatives au non-renouvellement du contrat ou de l'adhésion.

CLAUSE 10 - TERME DU CONTRAT

- 1. Les garanties conférées par le présent contrat cessent automatiquement leurs effets vis-à-vis de chaque Assuré, sauf accord contraire, dans les cas suivants :**
 - a) lorsque les membres du foyer ne sont plus à charge, conformément aux stipulations de la définition de la Clause I ;**
 - b) au terme de l'annuité pendant laquelle l'Adhérent ou le membre du groupe perd la qualité qu'il a obtenu en adhérant au contrat d'assurance ;**
 - c) manque de paiement de la Prime, dans les conditions légales applicables ;**
 - d) En cas de non renouvellement du contrat ou de non renouvellement de l'adhésion.**
- 2. Le présent contrat ou, quand il s'agit d'une assurance collective, son adhésion peut être résiliée par l'une des parties, à la date de son échéance annuelle, par lettre recommandée ou un autre moyen écrit, envoyé à l'autre partie au moins 30 jours avant la date d'échéance.**
- 3. En cas de non renouvellement du contrat ou de non renouvellement de l'adhésion, la**

responsabilité de l'Assureur cesse à la date du terme, sans préjudice des dispositions du numéro suivant.

4. Dans les deux cas prévus au numéro précédent, l'Assureur reste lié par les prestations garanties pendant une période de deux ans et la dernière période de validité du contrat, pour des maladies manifestées pendant la durée du contrat ou des accidents et d'autres événements déclenchant des indemnisations survenues dans la même période, à condition qu'ils soient couverts par le contrat et déclarés jusqu'à 30 jours après son terme, à l'exception d'un empêchement juste.

5. La Carte Médis appartient à l'Assureur, et engage son titulaire à ne pas en faire usage et à la rendre dès la cessation du contrat d'assurance en raison duquel elle a été émise, sous peine d'encourir la responsabilité civile et criminelle du fait. En cas de perte, d'abus de confiance, de vol de la carte, le titulaire s'engage à le communiquer à Médis, dans un délai maximum de 72 heures, sous peine d'engager sa responsabilité civile en cas d'abus.

CLAUSE 11 - RÉSILIATION DU CONTRAT

1. Le Souscripteur, qui est une personne physique, dispose d'un délai de 30 jours à compter de la réception de la police, pour résilier le contrat, conformément à la loi, par écrit, sur papier ou par un autre moyen durable disponible et accessible à l'Assureur.

2. La période visée au paragraphe 1 est comptée à partir de la date de la signature du contrat, à condition que le Souscripteur dispose à cette date, sur papier ou sur un autre support durable, de toutes les informations utiles relatives à l'assurance qui doivent être incluses dans la police.

3. L'exercice du droit de résolution détermine la résiliation du contrat, mettant un terme à toutes les obligations qui en découlent, à compter de la signature du contrat, et l'Assureur a droit :

a) au montant de la prime calculée au prorata temporis, dans la mesure où elle a supporté le risque jusqu'à la résiliation du contrat ;

b) au montant des frais raisonnables que vous avez engagés lors des examens médicaux chaque fois que ce montant est imputé contractuellement au Souscripteur.

CLAUSE 12 - PAIEMENT DES PRIMES

1. La Prime correspondant à chaque période de durée du contrat d'assurance est due dans son intégralité, sans préjudice de pouvoir être fractionnée pour des effets de paiement, sur accord entre l'Assureur et le Souscripteur.

2. Sauf lorsqu'il est accordé que l'Assuré payera la Prime directement à l'Assureur, l'obligation de paiement de la Prime incombe au Souscripteur.

3. La Prime ou fraction initiale est due à la date de signature du contrat. Pour une assurance collective, la Prime ou fraction initiale correspondant à chaque adhésion est due à la date des respectives acceptations.

4. Les fractions de Prime initiale suivantes, la Prime d'annuité et les fractions suivantes, sont

dues aux dates établies dans le contrat.

5. La part de la Prime au montant variable, en conséquence d'un ajustement de la valeur et, le cas échéant, la part de la prime correspondant à des modifications de contrat sont dues aux dates indiquées sur les avis d'échéance correspondant.

6. En cas de cessation anticipée du contrat d'assurance, pour quelque motif que ce soit, la Prime ou fraction due par le Souscripteur est calculée proportionnellement à la période écoulée jusqu'à la cessation, donnant lieu au remboursement respectif de la période non écoulée si le Souscripteur a déjà payé la totalité de la Prime ou de la fraction.

7. Le Souscripteur ou l'Assuré, le cas échéant, indique dans le formulaire d'adhésion qu'il souscrit, ou sur un autre document, le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) correspondant au compte bancaire sur lequel sera débité le montant de la Prime et crédité les remboursements de l'Assureur.

CLAUSE 13 - AVIS DE PAIEMENT DES PRIMES

1. Pendant toute la durée du contrat, l'Assureur prévient par écrit le Souscripteur ou l'Assuré, lorsqu'il existe un accord de paiement direct de la prime à l'Assureur, de la somme à payer, de son mode et lieu de paiement, au moins 30 jours avant la date d'échéance de la Prime ou des fractions de prime.

2. Sur l'avis de paiement doit figurer, de façon lisible, les conséquences du défaut de paiement de la Prime ou de la fraction de prime.

3. Les contrats d'assurance qui stipulent le paiement de la prime en fractions périodiques égales ou inférieures à trois mois et dont les documents contractuels indiquent les dates d'échéance des fractions de Prime successives et les montants à payer, tout comme les conséquences du défaut de paiement, l'Assureur peut choisir de ne pas envoyer l'avis cité au n° 1, et en ce cas donc, il incombe au Souscripteur de faire preuve de l'émission, de l'acceptation et de l'envoi des documents contractuels mentionnés à ce numéro.

CLAUSE 14 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES PRIMES

1. Le défaut de paiement de la Prime initiale, ou de la première fraction de prime, à la date d'échéance, détermine la résiliation automatique du contrat à partir de la date de signature.

2. Le défaut de paiement détermine la résiliation automatique du contrat à la date d'échéance de :

a) Une fraction de la prime au cours de l'année ;

b) Une surprime résultant d'une modification du contrat fondée sur une aggravation du risque.

3. Dans le cas d'une assurance collective contributive, quand l'Assuré n'effectue pas le paiement de la Prime à l'Assureur ou, lorsqu'il existe un accord de paiement direct de la prime à l'Assureur, et que ce paiement n'est pas confirmé, l'Assuré est exclus de la couverture de l'assurance.

4. Le défaut de paiement de la Prime des annuités suivantes, ou de la première fraction de prime, à la date où elle est due empêche de proroger le contrat ou la couverture de l'Assuré en question.

5. Le défaut de paiement, à la date d'échéance, d'une Surprime qui découle d'une modification contractuelle détermine l'inefficacité de la modification, le contrat ou la couverture et les conditions contractuelles demeurent inchangées, à moins que le maintien du contrat ne s'avère impossible, auquel cas il est considéré résilié à la date d'échéance de la Surprime impayée.

CLAUSE 15 - IMPOSSIBILITÉ TEMPORAIRE DE NOUVELLE SOUSCRIPTION

En cas de résiliation non fondée du présent contrat par le Souscripteur(s) ou l'Assuré(s), l'Assureur se réserve le droit de ne pas accepter la souscription d'une nouvelle assurance Médis Light ou Médis Dental dans les 365 jours qui suivent immédiatement cette résiliation, sans préjudice des autres dispositions légales et commerciales applicables dans ce domaine, à savoir les règles de souscription en vigueur à la date en vigueur.

CLAUSE 16 - OBLIGATIONS ET DROITS DU SOUSCRIPTEUR ET/OU DE LA PERSONNE ASSURÉE

1. Le Preneur d'assurance doit informer l'Assureur des inclusions des Personnes Assurées qui se produisent pendant la durée de la Police, entrant en vigueur le premier jour du mois suivant la date de communication faite par le Preneur d'assurance.

2. Le Preneur d'assurance doit informer l'Assureur des exclusions des Personnes Assurées qui se produisent pendant la durée de la Police, entrant en vigueur à la date d'échéance de l'annuité de l'assurance dans laquelle le changement s'est produit.

3. Lorsque l'Assurance Médis Light ou Médis Dental sont souscrite, si on constate, pendant la durée du contrat, toute maladie ou accident couvert par les garanties de ce contrat, le Preneur d'assurance et/ou l'Assuré, sont tenus de :

- a) Sélectionner un prestataire du Réseau Médis Light ou Réseau Médis Dental ;
- b) Présenter toujours sa Carte Médis et une pièce d'identité valide avec photographie au Réseau Médis Light ou Réseau Médis Dental pour demander services garantis respectifs ;
- c) Payer au prestataire le montant sous sa responsabilité, conformément aux Conditions Spéciales de la Police.

CLAUSE 17 - SUBROGATION

I. Jusqu'au montant du financement supporté dans le cadre des prestations conventionnées, l'Assureur est subrogé dans tous les droits de l'Assuré face aux tiers civilement responsables. Cela engage le Souscripteur ou l'Assuré à fournir à l'Assureur tous les éléments relatifs à l'exercice de ces droits, sous peine d'être tenu responsable des pertes et dommages.

CLAUSE 18 - MODIFICATIONS DES TERMES DU CONTRAT

I. L'Assureur peut proposer des modifications des garanties, du capital d'assurance, des franchises, des paiements partagés et des primes, ainsi que des critères d'utilisation du financement ou du remboursement

des frais de santé, qui prendront effet dans l'annuité suivante du contrat, à condition que l'Assureur communique au Souscripteur ou à l'Assuré ces modifications dans un délai de 30 jours avant la date de renouvellement du contrat ou de la garantie.

2. Les modifications sont acceptées si le Souscripteur ou l'Assuré ne dit rien dans les 14 jours suivant la réception de la proposition.

3. Si les modifications proposées par l'Assureur ne sont pas acceptées, le contrat expire à la date du renouvellement du contrat ou de la garantie.

4. L'Assureur formalise par écrit les modifications du contrat.

CLAUSE 19 - ARBITRAGE

1. En cas de désaccord entre le droit de l'Assuré aux prestations de l'Assureur, portant sur des questions exclusivement de nature clinique, il peut y avoir recours à l'arbitrage.

2. Dans le cas énoncé au numéro précédent, chaque partie désigne un médecin qui la représente et il appartient aux personnes désignées de convenir de la nomination d'un autre médecin qui la préside.

3. Les coûts associés à la procédure d'arbitrage sont à la charge de chaque partie pour l'arbitre désigné et de moitié à l'égard de l'arbitre-président.

CLAUSE 20 - COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS

1. Les communications ou notifications prévues dans cette Police seront considérées valables et pleinement effectives si elles sont effectuées par lettre recommandée ou par un autre moyen écrit, adressées au siège social de l'Assureur ou à l'adresse du Souscripteur ou de l'Assuré figurant sur le contrat.

2. En cas de changement d'adresse, le Souscripteur ou l'Assuré doit en informer l'Assureur dans les 30 jours suivant la date du changement, sous peine des communications ou notifications de l'Assureur être envoyées à la dernière adresse connue valide et efficace.

3. Tous les documents contenant les informations cliniques ne pourront être mis à disposition que sur intervention des médecins, tout en préservant la confidentialité et le secret liés aux données personnelles et de santé.

CLAUSE 21 - DROIT APPLICABLE ET TRIBUNAL COMPÉTENT

1. Lorsque les parties n'ont pas choisi, dans les limites du droit, une autre loi qui lui est applicable, ce contrat est régi par la Loi Portugaise.

2. Le tribunal compétent pour régler les litiges avec ce contrat est fixé dans la loi civile.

CONDITIONS SPÉCIALES

CONDITION SPÉCIALE – ALLOCATION JOURNALIÈRE DE D'HOSPITALISATION

1. Aux fins de cette Condition spéciale, les définitions suivantes sont prises en compte :

Champ territorial : hospitalisations réalisées sur le territoire portugais ;

Indemnité journalière : Montant journalier et fixe, qui est dû pendant toute la durée de l'hospitalisation, tel qu'établi dans les Conditions particulières.

2. Conformément aux dispositions de cette Condition Spéciale, lors de la souscription de la garantie, l'Assureur s'engage à verser à l'Assuré une Indemnité Journalière, par suite d'une Maladie, dans les conditions et limites prévues aux Conditions Particulières, après la date d'entrée en vigueur des dites.

3. Le paiement est subordonné à l'envoi des documents suivants à l'Assureur :

- a) original de la déclaration de fin d'hospitalisation et le rapport médical respectif ;
- b) justificatif des dépenses encourues avec la description et/ou l'indication détaillée des services fournis, en particulier en ce qui concerne le nombre de jours d'hospitalisation, la description de l'intervention chirurgicale réalisée et autres similaires ;
- c) l'assureur ne rembourse pas les frais pour lesquels il ne dispose pas des éléments de preuve nécessaires.

4. Exclusions :

a) les exclusions visées dans les Conditions Générales de l'Assurance Maladie, sauf indication contraire expresse dans les conditions énoncées dans les Conditions Particulières.

CONDITION SPÉCIALE – ASSISTANCE CLINIQUE DE SOINS AMBULATOIRES

1. Conformément à cette Condition Particulière, lors de la souscription de la couverture, l'Assureur s'engage à :

- a) dans le cadre des Prestations conventionnées, financer l'accès de l'Assuré aux prestataires de services cliniques ambulatoires intégrés au Réseau Médis, dans les conditions et limites fixées aux Conditions Particulières ;
- b) dans le cadre des Prestations d'indemnisation, rembourser à l'Assuré les frais encourus avec les soins médicaux ambulatoires, conformément et dans les limites fixées dans les Conditions Particulières.

2. Les dépenses pouvant être financées au titre du régime d'accès aux prestataires de services cliniques intégrés ou remboursables sont celles engagées pour le paiement d'actes médicaux, chirurgicaux ou diagnostiques qui ne nécessitent pas de moyens et de services spécifiques en milieu hospitalier pour leur réalisation.

3. Les contributions, remboursements, capitaux, franchises et copaiements sont prévus dans les Conditions Particulières.

CONDITION SPÉCIALE - COUVERTURE MÉDECIN EN LIGNE

1. Dans les termes de cette condition spéciale, lorsque la couverture est souscrite, l'assureur s'engage à :

- a) dans le cadre des prestations conventionnelles, financer l'accès de la personne assurée au service du Médecin en ligne, dans les termes et avec les limites fixées dans les conditions particulières;

2. Les paiements partagés sont prévus dans les conditions particulières.

CONDITION SPÉCIALE - SERVICES D'ASSISTANCE À DOMICILE

1. Conformément aux dispositions de la présente Condition Particulière, lors de la souscription de la couverture, l'Assureur, par l'intermédiaire des Services d'assistance, garantit la couverture des services mentionnés aux paragraphes n° 2 et n° 3, dans les limites établies aux Conditions Particulières, en respectant les conditions et les exclusions établies dans la Police.

2. Tant que la Personne assurée se trouve dans une situation de maladie, prouvée par un rapport médical, le Service d'assistance garantit les prestations suivantes dans la limite du capital :

i) Collecte d'analyses cliniques à domicile

Par suite d'une prescription médicale, le Service d'Assistance organise le déplacement d'un technicien pour la collecte d'analyses cliniques au domicile de l'Assuré dans la limite fixée aux Conditions Particulières ;
Le coût des analyses sera toujours à la charge de l'Assuré ;

ii) Services de kinésithérapie

Le Service d'assistance garantit le déplacement d'un professionnel de kinésithérapie pour effectuer les traitements prescrits qui peuvent être réalisés au domicile de l'Assuré.

Les coûts associés sont à la charge du Service d'assistance jusqu'à la limite stipulée. Une fois la limite dépassée, l'Assureur peut fournir tous les services, tous les frais étant à la charge de la Personne assurée et le Service d'Assistance n'étant responsable que de leur mise à disposition et de leur organisation.

iii) Soins infirmiers à domicile :

En cas de prescription médicale, le Service d'assistance prend en charge le déplacement d'un infirmier et assure l'exécution des actes infirmiers prescrits dans les limites fixées aux Conditions Particulières.

Les actes infirmiers suivants sont prévus dans cette garantie :

- a. traitement des plaies, ulcères de pression et/ou escarres ;
- b. Injections, en considérant toutes les voies d'administration ;
- c. Cathéter urinaire ;
- d. Intubations naso-gastriques ;
- e. pose de sérum et surveillance ;
- f. Retrait de points et d'agrafes ;
- g. Soins d'hygiène et de confort ;
- h. Vaccination ;
- i. Aérosols ;
- j. Oxygénothérapie ;
- k. Soins infirmiers pour : colostomies, iléostomies, trachéostomies et urostomies.

L'Assuré est responsable du paiement des consommables utilisés pendant les actes réalisés. L'Assureur prend en charge les coûts, dans les limites des plafonds fixés, liés aux honoraires de soins infirmiers, dépassant la limite que l'assureur peut fournir, les services et tous les coûts associés seront à la charge de la personne assurée, ainsi le Service d'assistance traitera uniquement de sa disponibilité et de son organisation.

Le Service d'Assistance garantit les prestations suivantes dans la limite fixée aux Conditions Particulières
Personnes n'ayant pas besoin de rapport médical :

i) Services d'alimentation

Le Service d'assistance organise et prend en charge les frais respectifs d'envoi d'une personne spécialisée pour la fourniture de repas, au domicile de l'Assuré, dans les limites fixées aux Conditions Particulières, le coût des repas étant à la charge de l'Assuré ;

ii) Médecin à domicile

En cas de maladie soudaine et après évaluation par ses Services Médicaux, l'Assureur envoie un médecin au domicile de l'Assuré. Il sera responsable des valeurs des consommables utilisés pendant les actes à accomplir. Cette garantie est fournie tous les jours, 24 heures sur 24.

iii) Transport non urgent de patients

Le Service d'assistance organise le transport de l'Assuré en ambulance ou en taxi, pour des déplacements vers les unités de santé pour la réalisation de bilans de santé, de consultations, d'hospitalisations et de fin d'hospitalisations ;

On considère comme déplacement, la réalisation du trajet entre le lieu de résidence de l'Assuré et l'unité de santé, et le retour respectif, aux fins du calcul des limites de cette garantie.

3. Cette couverture de Services d'assistance n'est pas soumise à une période de grâce. Pour solliciter les services, la Personne assurée doit contacter la Ligne Médis.

4. Les Services d'Assistance prévus dans cette Condition Spéciale sont exclusivement fournis par des professionnels appartenant au réseau de prestataires conventionnés par les Services d'Assistance et s'appliquent exclusivement au territoire national.

5. Les contributions, les capitaux assurés, les copaiements et les délais de grâce liés à chacune des couvertures visées dans cette Condition Spéciale sont prévus dans les Conditions Particulières.

6. Outre les exclusions établies dans les Conditions Générales et celles spécifiquement mentionnées pour chacune des couvertures, sont également exclues les prestations suivantes :

a) les prestations qui n'ont pas été demandées à l'Assureur ou n'ont pas été faites avec son accord ne sont pas garanties, sauf en cas de force majeure ou d'impossibilité matérielle démontrée ;

b) les prestations découlant du suicide ou de la tentative de suicide et des mutilations volontaires, ou de leur tentative, ainsi que les lésions corporelles que les Assurés pratiquent ou font pratiquer sur eux-mêmes, même si ces actes sont pratiqués dans un état d'incapacité de discernement ;

c) les prestations relatives aux sinistres résultant d'une faute intentionnelle de l'une des personnes assurées ;

d) les prestations relatives aux sinistres résultant de l'action ou de l'omission de la Personne assurée lorsque celle-ci a un taux d'alcool supérieur à celui légalement autorisé ou lorsqu'elle est sous l'emprise de stupéfiants ou d'autres drogues ou produits toxiques ou dans un état de perturbation mentale.

CONDITION SPÉCIALE - 2ème AVIS MÉDICAL

1. Conformément à cette Condition spéciale, l'Assureur s'engage à garantir l'accès de l'Assuré, dans les limites fixées dans les Conditions particulières, au service de 2ème avis médical fourni par une entité spécialisée engagée par Médis, sur demande préalable auprès de la Ligne Médis⁽¹⁾.

2. Les prestations conventionnées dans cette Condition spéciale sont valides quand elles sont réalisées par l'entité spécialisée engagée par Médis.

3. Ce qui est garanti

3.1. Dans le cadre de la présente Condition spéciale, le contrat d'assurance garantit à l'Assuré, dans les limites fixées dans les Conditions particulières et pour les maladies visées au point 3.2, l'accès au service de 2ème avis médical, ce qui équivaut à l'analyse non présenteielle de la situation clinique, lors du diagnostic et de l'indication des soins médicaux les plus adaptés.

3.2. En application de cette Condition spéciale, les maladies ou situations cliniques prises en considération sont celles qui ont été diagnostiquées par un médecin, mais ne comprennent pas celles effectuées par des spécialistes en Médecine générale et familiale ou Pédiatrie.

4. Le financement d'actes médicaux supplémentaires est exclu, même s'ils découlent d'une recommandation obtenue dans le cadre de cette Condition spéciale.

5. Cette garantie exclut: les épidémies aiguës de maladies de courte durée, les maladies psychiatriques, la dentisterie, les deuxièmes avis sur les patients hospitalisés et sur admissions à l'hôpital.

6. Un seul service pour la même pathologie est garanti, mais une nouvelle consultation peut toutefois être prise en charge pour la même maladie si un nouveau diagnostic implique une aggravation significative de celle-ci ou une modification substantielle du traitement, dûment justifiée par un rapport médical.

(1) Ligne Médis - 218 458 888 - triage clinique 24h/24 et questions administratives du lundi au vendredi de 8h à 20h (coût d'un appel vers le réseau fixe national)

CONDITION SPÉCIALE - COUVERTURE DE SOINS DENTAIRES

1. Dans le cadre de la Condition Spéciale, l'Assureur garantit l'accès au Réseau Médis Dental et le financement des actes identifiés aux Assurés, dans les conditions et les limites établies dans le Condition Particulière.

2. En application de la Condition Spéciales, sont considérés :

Les actes financés dans le Réseau Médis Dental

- **Consultation de médecine dentaire** - consultation réalisée dans un cabinet de médecine dentaire par un médecin dentiste et/ou un stomatologiste, inscrit respectivement à l'ordre des médecins dentistes et/ou à l'ordre des médecins, afin d'évaluer l'état de la santé orale.
- **Composites pour scellement de fissures** - Application de résine fluide sur la surface de mastication des dents pour prévenir les caries; jusqu'à l'âge de 18 ans;
- **Application topique de fluorures** - Application de fluorure pour prévenir les caries;
- **Détartrage bimaxillaire** - Nettoyage dentaire;
- **Retrait de pigment dentaire au jet de bicarbonate de sodium** - utilisation de jets d'eau, air et particules de bicarbonate de sodium qui sont projetés à grande vitesse sur la surface de la dent pour enlever le tartre et la plaque dentaire;
- **Radiographie panoramique** - Radiographie qui permet d'avoir une vue d'ensemble des maxillaires et des dents;
- **Restaurations** - Traitement de lésions dentaires, en restaurant leur forme et leur fonction;
- **Protection pulpaire** - application d'un médicament ou recouvrement de la dent pour essayer de préserver sa vitalité;
- **Première séance d'endodontie** - Dévitalisation, qui comprend l'exérèse de la pulpe et du nerf dentaire;
- **Sessions suivantes d'endodontie** - sessions suivantes de dévitalisation, qui consiste au retrait complet de la pulpe et du nerf dentaire;
- **Avulsion de dent caduque** - Extraction de dent de lait;
- **Exodontie dentaire avec odontosection et ostéotomie** - extraction de dents à l'aide d'une petite chirurgie;
- **Exodontie dentaire multi-radiculaire** - extraction de dents ayant plus d'une racine;
- **Exodontie dentaire mono-radiculaire** - extraction de dents ayant une racine;
- **Pack d'Étude d'implantologie** - Étude réalisée avant que le client ne pose l'appareil dentaire. Cette étude inclut la consultation en médecine dentaire, une étude de rééducation avec implants et des modèles d'étude;
- **Pack d'Étude en orthodontie** - Étude réalisée avant que le client ne pose l'appareil dentaire. Cette étude inclut la consultation en médecine dentaire, les modèles d'études orthodontiques, l'analyse céphalométrique, la téléradiographie et l'étude photographique;
- **Contrôle d'appareil fixe** - Six contrôles financés les deux premières annuités (trois par annuité), après la pose de l'appareil.

Le présent document est une traduction de la version portugaise. En cas de divergence entre les versions, la version portugaise fera foi. Ne dispense pas de la consultation des informations précontractuelles et contractuelles légalement exigées