Tunis le : 19 novembre 2026

CONSULTATION POUR LA SOUCRIPTION DES CONTRATS ASSURANCES SANTE DE PERSONNES

Client : BANQUE MAGHREBINE D'INVESTISSEMENT ET DE COMMERCE EXTERIEUR « BMICE »

Adresse : Immeuble Lilia, Rue de la Bourse, Les Berges du Lac 2, 1053 Tunis

Informations :

- **Date d'effet des contrats :** 01 /01/2027
- **Date limite de remise des offres :** 24/11/2026
- **Dossier suivi par :**
- nesrine.belkhayatia@impactrisks.com/29 623 982
  marwa.chakroun@bmice-maghreb.org

FICHE TECHNIQUE N°1 : Personnel Santé Internationale

Le personnel de la Banque est mentionné dans la liste ci-dessous :

[redacted]	Relation	Genre	Date de naissance
	Adhérent	Homme	07/01/1977
	Conjoint	Femme	11/02/1978
	Enfant	Femme	26/12/2007
	Adhérent	Homme	05/06/1983
	Conjoint	Femme	20/08/1985
	Enfant	Homme	02/03/2012
	Enfant	Homme	14/04/2015
	Adhérent	Homme	16/01/1979
	Conjoint	Femme	12/04/1980
	Enfant	Femme	22/05/2009
	Enfant	Homme	11/04/2011
	Adhérent	Homme	25/12/1984
	Conjoint	Femme	28/09/1992
	Enfant	Femme	28/06/2021
	Enfant	Femme	28/11/2022
	Adhérent	Homme	29/06/1978
	Conjoint	Femme	31/05/1976
	Enfant	Femme	31/05/2007
	Enfant	Femme	29/09/2011
	Enfant	Femme	01/02/2016
	Adhérent	Homme	07/02/1989
	Adhérent	Femme	26/06/1987
	Adhérent	Homme	26/03/1970
	Conjoint	Femme	24/11/1977
	Enfant	Homme	01/11/2003
	Enfant	Femme	20/04/2008
	Adhérent	Homme	15/02/1969
	Enfant	Femme	02/12/1998
	Enfant	Femme	14/01/2001
	Enfant	Homme	08/06/2004
	Adhérent	Homme	20/04/1984
	Conjoint	Femme	03/02/1990
	Enfant	Homme	08/09/2016
	Enfant	Femme	30/08/2024
	Adhérent	Homme	17/02/1978
	Conjoint	Femme	27/04/1979
	Enfant	Homme	06/09/2009
	Enfant	Femme	06/09/2009
	Enfant	Homme	23/09/2015
	Adhérent	Homme	06/07/1966

[redacted]	Conjoint	Femme	02/02/1967
	Enfant	Femme	18/06/1998
	Enfant	Femme	16/03/2003

La Banque s'engage à informer l'Assureur de toute démission, tout départ ou toute cessation de fonction d'un salarié, ainsi que de toute nouvelle adhésion.

Cette couverture a pour objet de garantir le remboursement des frais afférents aux risques Maladie et Maternité ainsi qu'accident pour le personnel International en Tunisie et à l'étranger en prenant en charge les maladies préexistantes et sans délai de carence.

Adhérents : Les conjoints et leurs enfants à charge au sens de la législation en vigueur.

Adhérents (Age légal de départ à la retraite et extension de contrat si celle-ci est validée par la Direction Générale pour le personnel, le DG et le DGA étant couvert durant leur mandat), ainsi que leurs conjoints.

Les enfants à charge âgés de 27 ans peuvent continuer à bénéficier de la garantie, sous réserve qu'ils poursuivent des études universitaires, dans un établissement public ou privé, ou une formation professionnelle non rémunérée, et qu'ils n'exercent aucune activité lucrative.

Les enfants de sexe féminin, à charge, en chômage et célibataires quel que soit leurs âges.

Les enfants aux besoins spéciaux ou infirmes quel que soit leurs âges à condition qu'ils ne travaillent pas et ne sont pas mariés.

Demeurant assurés pour la prestation MALADIE, le conjoint et les enfants de l'adhérent décédé en cours d'activité jusqu'à la fin de l'échéance annuelle du contrat.

Les conditions et les garanties sont accordées conformément au tableau de prestations en annexe.

Par ailleurs, il est à préciser que **sont remboursables** :

Les maladies et les grossesses ainsi que les conséquences des accidents antérieurs aux dates d'adhésion ;

Le règlement au prorata ne s'applique pas pour les prestataires (conjoint ou enfant) dont l'adhérent principal est affilié depuis le début de l'année ;

Les maladies contractées pendant les 40 jours qui suivent l'accouchement qu'elles aient ou non un lien avec l'accouchement, sont couvertes ;

L'indemnité forfaitaire n'exclut pas le remboursement des frais attribués à l'accouchement ;

La prise en charge des visites de contrôle.

Les bulletins de soins présentant des Consultations & des Visites médicales sans frais pharmaceutiques sont considérés comme des consultations de contrôle et ne donnent lieu à aucun remboursement, sauf le cas des pratiques suivantes : Chirurgie, Gynécologie, Cardiologie, Pédiatrie, Dentiste & Ophtalmologie.

Les frais découlant de l'interruption thérapeutique de grossesse ;

Le remboursement des soins prescrits par le médecin de travail et les médecins de la santé publique ;

Les verres sont remboursés en tenant compte des caractéristiques indiquées sur la facture de l'opticien et non sur la base des verres blancs y compris les lunettes de repos.

La TVA est remboursée aux adhérents dans la limite des plafonds du tableau de prestations.

Non recours au VIDAL pour le remboursement des frais pharmaceutiques.

A l'exception des produits cosmétiques, esthétiques, tous les médicaments à caractères thérapeutiques, ayant l'AMM et prescrits par un médecin sont remboursables.

Les médicaments sans vignettes ni prospectus sont remboursés sans réserve lorsque ces médicaments sont vendus sans vignettes ni prospectus (sur base de la déclaration écrite du pharmacien et son cachet : numéro du lot et l'indication « sans vignette et prospectus ») . Ces médicaments étant portés sur l'ordonnance par le médecin traitant.

Les soins dentaires : les soins des gencives, d'hygiène : les détartrages, les implants dentaires, les gouttières, les bridges, bague de contention dentaire ...(orthodontie adulte et enfant)

Les médicaments sans vignettes ou prospectus fournis par un hôpital ou une clinique

Les fortifiants médicaux, vitamines, les produits d'hygiène (exp : physiol / sterimar…), médicaments de phytothérapie et les produits homéopathiques de même que les aspirines et dérivés, et ce sur présentation d'une ordonnance médicale.

Tous genres de vaccins (adultes et enfants) y compris les vaccins préventifs (Vaccin-Grippe, Vaccin-COVID…).

Les compléments alimentaires sont remboursables.

Les opérations Laser et Kératotomies quelques soit l'acuité.

Le traitement de la stérilité primaire et ses conséquences y compris l'insémination artificielle et la fécondation in vitro.

Prise en charge des soins suite stérilité secondaire.

Les frais relatifs aux maladies et malformations congénitales.

Le remboursement des soins infirmiers (AMI) effectués dans le cadre d'une hospitalisation.

Le remboursement des analyses médicales prescrites par un médecin, quel que soit leur résultat, sous réserve d'une prescription médicale.

Le remboursement des consultations chirurgicales pré et post-opératoires, même en l'absence d'ordonnance.

Les tests d'allergie et immunité, sont remboursables.

Les tests d'analyses fœtaux ;

Toutes les prescriptions à but thérapeutique sont remboursables ;

La garantie maladie est étendue à la prise en charge des frais médicaux consécutifs à une incapacité ou invalidité et résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

Les délais et les avantages :

- Périodicité d'envoi : 4 fois/ mois
- Délai de remise : 60 jours à partir de la dernière date de la constatation médicale.
- Délai de règlement 10 jours (calendaire)par virement aux comptes des adhérents.
- Délai des réponses pour les réclamations : 10 jours (calendaire) (transmission par courrier avec le bordeaux).
- Délai de traitement des compléments de dossiers : 10 jours (calendaire)
- Exonération des contres visites
- Digitalisation des bulletins de soin.

  Portail Informatique qui permet à chaque adhérent, la DRH, et le courtier de suivre les bulletins, éditer les documents (les bordereaux, les quittances, les demande de renseignement).

- Système Tiers Payant avec un réseau déployé sur tout le territoire Tunisien y compris des cliniques conventionnées (liste des praticiens, des prestataires médicaux et des laboratoires, centre d'imagerie…doivent être communiqués et mis à jour à chaque modification.)
- Assurer des séances de formation et d'information pour les adhérents après signature des contrats.
- Prise en charge directe (bordereau express) pour les hospitalisations (opération chirurgicale) dont le traitement, y compris le virement, se fera dans les 48 H qui suivent la date de réception.
- Les frais de traitements et soins effectuées à l'étranger sont pris en charge et remboursable en dinars Tunisiens quel que soit la devise de paiement ;

- Réunion trimestrielle pour suivre le comportement du contrat ;

- Fournir à la demande les dates d'exécution des virements ;

- Fournir trimestriellement les statistiques (aux services habilités):

    - Par adhérent
    - Par prestataire
    - Par rubrique
    - Relative au nombre des bulletins de soins envoyés
    - Relative au nombre des adhérents/prestataires qui ont utilisé l'assurance
    - Relative au type des Maladies et des Opérations Chirurgicales effectuées
    - Relative à la nature des Maladies pour les gros consommateurs

Cotations demandées :

- Tableaux de prestations ci-joint (1 et 2)
- Contrat gestion à risque

A la fin de chaque année d'assurance et au titre de la garantie Maladie-Maternité, l'assureur établira un compte de participation aux résultats dans lequel seront portés :

- Au crédit : Les primes nettes des ristournes relatives à la garantie Maladie-Maternité de l'exercice ;
- Au débit :
    - Les sinistres réglés et à régler de l'exercice
    - 20% de la prime nette annuelle (au titre de frais de gestion)

- Il sera remboursé à la contractante 50% du solde créditeur éventuel de ce compte à titre de participation aux bénéfices.

En plus des prestations détaillées ci haut, il est à noter que les prestations détaillées dans ce qui suit concernant la maternité, les traitements dentaires et optiques sont pris en charge :

1. Maternité

- La rubrique maternité englobe deux sous-rubriques « Frais de maternité et accouchement » et « Complication de la grossesse et de l'accouchement ».

a. Frais de maternité courants et accouchement : Cette garantie couvre les frais médicaux nécessaires occasionnés pendant la grossesse et l'accouchement, comprenant :

<u>Frais de maternité :</u>

- Le suivi de la grossesse incluant les honoraires du ou des médecins spécialistes, les soins prénataux prodigués à la mère tels que les dépistages et les examens de suivi classiques nécessaires durant la grossesse ;
- Les soins postnataux prodigués à la mère : il s'agit des soins médicaux de routine reçus par l'assurée après son accouchement durant les six (6) semaines suivant la date d'accouchement.
- Les soins apportés au nouveau-né : il s'agit des examens et soins médicaux indispensables permettant d'évaluer l'intégrité fonctionnelle du nouveau-né et prodigués immédiatement après la naissance.

Accouchement :

- Les honoraires de sage-femme au cours de l'accouchement : il s'agit des honoraires facturés par une sage-femme ou une accoucheuse qui, en conformité avec les lois du pays dans lequel les soins sont prodigués ;
- Les honoraires du médecin gynécologue au cours de l'accouchement ;
- Les frais d'hôpital durant l'accouchement.

b. Complication de la grossesse et de l'accouchement

Cette garantie couvre :

Les complications de la grossesse : il s'agit des complications touchant à la santé de la mère assurée survenant au cours de la grossesse et limitées aux cas suivants :

- Grossesse extra-utérine : frais de chirurgie et soins médicaux annexes pour traiter la grossesse extra-utérine ;
- Soins médicaux pour traiter des complications qui nécessitent une intervention intra abdominale suite à l'interruption obligée de la grossesse pour des raisons médicales ;
- Diabète gestationnel ;
- Prééclampsie ;
- Fausse couche et risques de fausse couche ;
- Enfant mort-né ou mort fœtale ;
- Pression artérielle élevée ;
- Saignement vaginal important.

Les complications à l'accouchement : il s'agit uniquement des pathologies suivantes qui surviennent pendant l'accouchement :

- L'hémorragie post-partum et la rétention placentaire pour lesquelles une procédure obstétrique est nécessaire ;
- Les frais de chirurgie et les soins médicaux annexes en cas de césarienne lorsqu'elle est médicalement nécessaire et non choisie.
  Le médecin obstétricien doit certifier par écrit qu'un accouchement normal mettrait en danger la vie de l'assurée et/ou celle de son/ses enfants.
- Le plafond de garantie relatif à la rubrique « Maternité » est indiqué au Tableau de prestations ci-annexé et s'applique par grossesse. Lorsqu'une grossesse s'étale sur deux années d'assurance, le plafond de la rubrique « Maternité » s'appliquera de la manière suivante : Les frais engagés et couverts durant la première année seront soumis au plafond de la rubrique « Maternité » pendant la première année.

Les frais engagées et couverts durant la deuxième année seront soumis au plafond de la rubrique « Maternité », moins le montant total remboursé pendant la première année.
Lorsque le plafond de la rubrique « Maternité » est épuisé en totalité durant la première année d'assurance, aucun montant ne sera remboursé par l'assureur durant la deuxième année dans le cadre de cette rubrique.

2. Traitements dentaires

a. Soins dentaires courants :

Cette garantie couvre les frais de soins dentaires de routine prodigués par un médecin dentiste à hauteur des plafonds et après application des franchises tels que mentionnés au tableau de prestations ci-annexé. Ils englobent les honoraires de dentiste, les médicaments prescrits, la radiographie, les soins de caries, les gingivites, les obturations canalaires, le détartrage, le polissage, l'amalgame dentaire, les soins de la gencive, les composites, l'extraction des dents ainsi que l'extraction des dents de sagesse sous chirurgie.

b. Chirurgie dentaire réparatrice ou prothèses dentaires :

Cette garantie englobe la chirurgie nécessaire à l'extraction des dents brisées ou à l'extraction de racines, la pose de couronnes, le traitement du canal radiculaire, la pose de bridge, les frais de dentiers inférieurs et/ou supérieurs neufs ou leur réparation et les implants. Cette garantie inclut également les soins orthodontiques pour les enfants assurés âgés moins de 15 ans pour une durée maximale de trois (3) années consécutives. L'orthodontie englobe la prise d'empreintes, l'appareillage et toutes les consultations postérieures à la pause de l'appareil.

3. Optique

Cette garantie couvre l'examen médical réalisé par un ophtalmologiste (limité à deux (2) examens par année d'assurance), les frais de montures et de verres des lunettes et/ou les frais de lentilles de contact prescrites conformément au plafond et la franchise précisés au tableau de prestations ci-annexée,
Les frais de monture ne sont couverts qu'une fois tous les deux ans.
Le renouvellement des verres est couvert une fois par an sauf modification de l'acuité visuelle de l'assuré.

Cotations demandées :

- Tableau de prestations ci-joint
- Contrat gestion à risque
- Prime forfaitaire par adhérent et par an

A la fin de chaque année d'assurance et au titre de la garantie Maladie, l'assureur établira un compte de participation aux résultats dans lequel seront portés :

- Au crédit : Les primes nettes des ristournes relatives à la garantie Maladie-Maternité de l'exercice ;
- Au débit :

- Les sinistres réglés et à régler de l'exercice
- 20% de la prime nette annuelle (au titre de frais de gestion)

- Il sera remboursé à la contractante 50% du solde créditeur éventuel de ce compte à titre de participation aux bénéfices.