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 : Assurance Groupe « Maladie-Maternité/Incapacité-Invalidité/Décès (Ensemble du personnel Local)

I. COUVERTURE MALADIE & MATERNITE

Cette couverture a pour objet de garantir le remboursement des frais afférents aux risques Maladie et Maternité ainsi qu'accident pour le personnel 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), ainsi que leurs conjoints.

Les enfants à charges âgés de moins de 21 ans.

Enfants jusqu'à l'âge de 24 ans à condition qu'ils suivent des études secondaires ou universitaires (privés ou étatiques) ou de formation professionnelle non rémunérée.

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.

Remboursement des soins prescrits par le médecin de travail et les médecins de la santé publique.

Les appareils orthopédiques (ceintures, sabots, chaussures, semelles, genouillères, colliers cervicaux, bas, etc.).

Les massages et les séances de rééducation, les séances d'orthophonie et psychomotricité s'ils sont prescrits médicalement.

Les cures thermales sont remboursées après CNAM.

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.

Les épidémies et les pandémies sont prises en charge dans les limites du tableau de prestations et conformément au protocole du ministère de la santé publique.

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, sont remboursables.

Toutes les prescriptions à but thérapeutique émanant de médecins dermatologues sont remboursables.

Le prestataire peut utiliser le système CNAM sans qu'il soit obligatoire, dans ce cas, le remboursement se fait en complément conformément au tableau de prestations.

Ne pas tenir compte du barème de la CNAM lors du remboursement des opérations chirurgicales.

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
- 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.

- 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.

- 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.

Eléments de tarification :

Nombre D'adhérent	12
Masse Salariale Annuelle	490 000 TND
Nombre d'enfants	25
Nombre de conjoints	10

II. DECES

Age maximum garantie : Age légal de départ à la retraite

En cas de décès de l'adhérent, l'assureur s'engage à payer au(x) bénéficiaire(s) un capital égal à une année de salaire déclaré majoré par 25% par enfants à charge.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D), l'assureur paiera par anticipation le capital garanti en cas de décès.

Décès suite épidémies et pandémies

Eléments de tarification :

Nombre D'adhérent	12
Masse Salariale Annuelle	490 000 TND

III. COUVERTURE INCPACITE TEMPORAIRE OU PERMANENTE

Incapacité temporaire :

Age maximum garantie : Age légal de départ à la retraite

- Franchise : 15 jours
- Indemnité Journalière = 50%

Cette garantie concerne l'assuré lui-même. En cas de maladie ou d'accident entrainant une incapacité temporaire.

Une indemnité journalière égale à 50% de la 365ème partie du salaire annuel déclaré, sera servie à partir du 16ème jour suivant l'arrêt du travail, et ce, jusqu'à guérison et au plus tard un an.

En cas d'arrêts de travail non consécutifs, séparés par une période ne dépassant pas deux (02) mois et dus à des rechutes ou une même maladie, la franchise ne sera déduite qu'une seule fois.

En cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente et partielle, l'adhérent est exonéré du paiement des primes au titre des garanties maladie, Incapacité-Invalidité et décès.

L'exonération porte sur les fractions de prime correspondant aux mois pendant lesquels l'assuré bénéficie de l'Indemnité quotidienne d'incapacité temporaire ou de la rente d'invalidité.

En cas d'invalidité permanente et partielle, l'exonération supporte le même coefficient de réduction que la rente d'invalidité.

Incapacité suite épidémies ou pandémies.

Incapacité suite accouchement.

Invalidité totale et permanente/Invalidité partielle :

Age maximum garantie : Age légal de départ à la retraite

Si à l'époque où prend fin le service de l'indemnité d'incapacité temporaire prévue ci-dessus, il y a persistance de cet état, l'adhérent sera considéré en état d'invalidité permanente et il sera procédé à la reconnaissance médicale de son état et du degré de l'invalidité permanente dont il est atteint.

Le montant de la rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale en fonction du taux d'invalidité T :

Si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 66%, une rente annuelle égale à 50% du salaire annuel déclaré lui sera allouée.

Si le taux d'invalidité permanente est compris entre 33% et 66%, la rente d'invalidité est égale à 50% du salaire annuel x T /66%

Aucune rente n'est due, si le taux d'invalidité permanente est inférieur ou égal à 33% (T ≤ à 33%).

Eléments de tarification :

Nombre D'adhérent	12
Masse Salariale Annuelle	490 000 TND