



DanAid

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ADHÉSION

 **DanAid**

Préambule

Les présentes conditions générales régissent les relations entre DanAid dont le siège est fixé à Møllemarksvej 16, 4291 Ruds Vedby, Danemark d'une part, et les adhérents, ayant-droits et sponsors ci-après dénommés « l'adhérent » d'autre part, pour l'accès et la participation à la plateforme de financement participatif en ligne DanAid.

Article 1 – L'objet

Les présentes Conditions générales ont pour objet d'offrir à l'adhérent et aux membres de sa famille l'accès aux services de financement participatif de la santé grâce à la plateforme en ligne et sur mobile mise en place par DanAid.

Article 2 – Conditions pour pouvoir bénéficier de la couverture

- Définition de sponsor** – Toute personne physique âgé(e) de plus de 20 ans, ou personne morale domiciliée au Cameroun ou non, a la possibilité de créer un compte sur la plateforme au bénéfice de tiers résidents au Cameroun (membres d'un groupe social, collatéraux, descendants ou ascendants à sa charge).
- Définition de l'adhérent** – Toute personne âgé(e) de plus de 20 ans, domiciliée au Cameroun et bénéficiant ou non d'une autre couverture d'assurance santé (sécurité sociale, assurance privée ou autre) a la possibilité de créer un compte sur la plateforme pour son bénéfice propre ou celui des membres directs de sa famille (époux(se) ou descendants).
 - Pour le cas particulier de personnes âgées de plus de 60 ans à l'inscription, une condition supplémentaire doit être remplie : au moins 1 de leurs descendants directs doit aussi être adhérent de DanAid.
- Définition de l'ayant droit** – l'adhésion à DanAid est familiale. L'adhérent est tenu d'enregistrer tous les membres de sa famille (conjoint, concubin, descendant âgés de 20 ans ou moins) comme ayants droit. Sont aussi considérés comme ayants droits, les personnes à charge mineures (moins de 20 ans) dès lors que celles-ci résident dans le domicile familial de l'adhérent. Le nombre d'ayants droit n'est pas limité. En revanche les ayants droit doivent tous être nommément identifiés sur la fiche d'identification familiale ou le profil de la famille en ligne. Ils bénéficient des mêmes garanties et services que l'adhérent dont ils partagent la garantie. Ils sont solidaires des cotisations et éventuelles dettes de l'adhérent.

Article 3 – L'adhésion

- Formalités d'adhésion** – La demande d'adhésion se fait à travers une inscription sur l'application mobile DanAid, en ligne sur le site web www.danaid.org ou par téléphone auprès du Centre de Service. La demande d'adhésion est suivie du paiement des frais d'adhésion et des primes y afférentes. L'adhérent devra ensuite compléter et/ou télécharger la fiche d'identification familiale et les pièces

d'identification requises avant la fin de la période de carence.

L'adhésion est validée par un opérateur DanAid, après vérification des pièces soumises. La validation est confirmée par le changement de statut de l'adhérent dans l'application ou une notification par email/sms.

- Prise d'effet de l'adhésion** – L'adhésion prend effet au paiement des frais d'adhésion, à condition que la demande d'adhésion ait été acceptée.
- Durée de l'adhésion et renouvellement** – L'adhésion dure une année ; elle est ensuite renouvelée annuellement par tacite reconduction.
- Ajout/retrait d'un ayant droit** – L'adhérent peut demander l'ajout d'un ayant droit à tout moment en remplissant le formulaire prévu à cette fin sur la plateforme ou en appelant le service client de la mutuelle. Cet ajout prend effet le premier jour du mois suivant la demande. Il/elle peut demander le retrait d'un ayant droit à tout moment sur la plateforme ou par téléphone. Ce retrait ne prend effet qu'après approbation par nos services, et à la date anniversaire de l'adhésion sauf en cas de décès de l'ayant droit : dans ce cas elle prend effet au jour du décès.
- Modification des garanties** – L'adhérent peut demander la modification des garanties choisies au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. La modification prend effet à cette date anniversaire.
- Souscription à/suppression d'un service** – L'adhérent peut demander la souscription à un service ou la suppression d'un service au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. Elles prennent effet à cette date anniversaire.
- Autres modifications** – L'adhérent peut également demander de modifier le fractionnement de la cotisation ou le mode de paiement de la cotisation. La demande doit être effectuée au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. La modification prend effet à cette date anniversaire. Il peut enfin demander la modification de ses données personnelles à tout moment. Ces modifications prennent effet à la date de réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par l'adhérent.

Résiliation – L'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion. La demande doit parvenir à DanAid via le formulaire prévu à cette fin sur la plateforme ou par email, au plus tard un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. La résiliation prend effet à cette date.

- Exclusion d'un adhérent** – L'adhérent peut être exclu du contrat en cas de fraude et d'abus manifestes de sa part. L'exclusion est à effet immédiat sans préavis.

En cas de retard de paiement des cotisations de 15 jours ou plus, les garanties et services sont suspendus et le

restent en l'absence de régularisation. En cas de paiement des sommes dues dans un délais de 3 mois, l'adhérent sera sujet à une nouvelle période de carence de 1 mois.

Au bout de trois mois consécutifs de suspension, l'adhérent est exclu du contrat.

Un adhérent exclu ne peut à nouveau adhérer à un contrat individuel ou collectif de Mutuelle ni être ayant droit dans le cadre d'un contrat pendant deux ans.

Exclusion d'un ayant droit – Un ayant droit peut être exclu du contrat en cas de fraude et d'abus manifestes de sa part. L'exclusion est à effet immédiat sans préavis. Un ayant droit exclu ne peut adhérer à un contrat individuel ou collectif de Mutuelle ni être ayant droit dans le cadre d'un contrat pendant deux ans.

Article 4 – La cessation des garanties et des services

Les garanties et les services cessent pour l'adhérent et les ayants droit à la date à laquelle l'adhésion prend fin, que cela soit par résiliation, exclusion ou décès. Ils cessent également pour un ayant droit à la date de son exclusion ou de son retrait de la garante familiale.

En cas de décès de l'adhérent, les garanties et les services cessent pour les ayants droit à la date anniversaire de l'adhésion, à condition que les cotisations aient été payées. Les ayants droit, ou leur tuteur légal si tous les ayants droit sont mineurs, peuvent s'ils le souhaitent adhérer à un contrat équivalent à compter de la date de cessation des garanties.

Article 5 – Les garanties

Liste des services de santé couverts – Seuls certains services de santé dispensés dans les centres de santé agréés et les hôpitaux publics, confessionnels, C.N.P.S. et militaires, à l'exception des hôpitaux généraux de Douala et Yaoundé, et du CHUY sont pris en charge. Il s'agit des services de santé suivants :

- consultations, pharmacie, hospitalisation médicale, maternité (Accouchement simples, accouchements dystociques, etc.), radios, analyses, chirurgie non programmée. Les actes de chirurgie programmée peuvent dans certains cas faire l'objet d'une prise en charge, auquel cas l'accord de prise en charge doit être demandé avant la réalisation des soins. (voir détail des services)

Liste des services NON couverts – Les frais obsèques, l'invalidité, les soins dentaires, les soins esthétiques, la lunetterie, le matériel et prothèses ne sont pas couverts dans le cadre des garanties DanAid, sauf dans le cadre du service Prêt Santé où DanAid peut avancer les frais avant remboursement par l'adhérent. Le SIDA, les malformations congénitales, les affections de longues durées préalables à l'adhésion ou pas, font l'objet d'un seul remboursement (découverte) et sont par conséquent exclus de la garantie.

Liste des actions ou événements dont les conséquences médicales ne sont pas prises en charge – En cas de guerre ou d'épidémie, les services de santé mentionnés ci-dessus ne sont pas pris en charge.

Période de carence – Il s'agit d'une période pendant laquelle l'adhérent doit payer régulièrement ses cotisations sans pouvoir bénéficier des garanties et services.

Seules les dépenses de santé engagées *trois* mois au moins après la date d'adhésion, ou trois mois au moins après la date d'affiliation d'un ayant droit, peuvent faire l'objet d'une prise en charge. Ce délai est porté à *9 mois* pour les services de santé « Maternité » ; il est porté à *12 mois* pour le service « Chirurgie programmée », et à *7 ans* pour les affections de longue durée (liste disponible à la demande).

Pendant la période de carence ou pour certains services hors garanti, l'adhérent peut demander un prêt santé. En cas de changement de niveau de garantie, l'adhérent maintient son ancienneté.

Les cotisations doivent être régulièrement payées pendant la période de carence.

Prestation 1 : Prêt Santé – il s'agit d'un prêt offert aux adhérents et leurs ayants droits pour les services d'amélioration de la santé non couverts par leur garantie, par exemple pendant les périodes de carence, les Affections de Longues Durées, les soins dentaires et d'optique, etc.

La demande est effectuée sur la plateforme DanAid, par SMS, MMS ou par téléphone. L'adhérent obtient une réponse sous 24 heures. En cas d'avis favorable, le fond est transféré immédiatement sur le numéro mobile de l'adhérent.

Le remboursement régulier du prêt ouvre droit à de nouveaux prêts dans la limite du plafond convenue.

Le taux d'intérêt et la durée maximale du prêt sont mis à jour annuellement et affichés sur la plateforme. Tout retard de paiement du prêt entraîne la suspension de tout autre service.

Prestation 2 : Tiers payant – il s'agit de la dispense d'avance de frais pour tous les soins relevant du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant. Le service est activé à la demande de l'adhérent avant la réalisation de la prestation.

- L'adhérent doit au préalable obtenir un devis détaillé du prestataire. Il peut s'agir d'un devis formel émis par le prestataire, d'annotations sur l'ordonnance ou du renseignement des rubriques concernées sur la Feuille de soins. En toute circonstance, le devis doit être dûment signé et porter le sceau officiel du prestataire.

Les documents doivent être envoyés par le formulaire dédié sur l'application DanAid ou par SMS ou MMS au centre de service. Email adresse : tiers@danaid.org

- Après vérification des droits les fonds sont transférés à l'adhérent ou au prestataire dans un délais d'une heure. Ce délai peut être porté jusqu'à 24H pour les cas nécessitant un contrôle supplémentaire.
 - o Dans le cas d'un transfert au prestataire, le montant ne dépassera pas 70% du devis émis,

dans la limite du plafond de prise en charge restant pour la famille.

- Dans le cas d'un transfert à l'adhérent, le montant de chaque transfert est à la discrétion de DanAid mais ne saurait dépasser 100.000 Fcfa ou le plafond de prise en charge restant.
- L'adhérent doit produire régulièrement une Feuille de soins, et/ou les justificatifs de dépenses démontrant l'utilisation responsable du fond, selon le niveau de garantie, pour obtenir la poursuite de la prise en charge. Le délai de transmission des justificatifs est de 3 jours maximum.
- Les sommes non justifiées par la note de frais doivent être remboursés dans un délai de 1 mois pendant lequel les services sont suspendus.

Une liste des pharmacies, des centres de santé et des hôpitaux conventionnés sont disponibles auprès de la Mutuelle et mis à jour régulièrement.

Prestation3 : Remboursement des frais – il s'agit du remboursement à posteriori des dépenses santé engagées par l'Adhérent en cas de maladie. Ce service concerne exclusivement les prises en charge effectuée en soins ambulatoires dans le cadre du parcours de soins coordonné par le Médecin de Famille de l'adhérent. Le service inclus les frais de consultation, soins, analyses et pharmacies pour un montant strictement inférieur à 25.000Fcfa. A partir de cette limite, l'adhérent doit obligatoirement faire une demande de prise en charge auprès de DanAid.

Déchéance de tout droit aux prestations – La demande de remboursement doit être effectuée au plus tard trois jours après la date des dépenses médicales. Les demandes de prise en charge doivent être effectués dans les délais mentionnés pour chaque prestation. Passé ces délais les dépenses ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement ou d'aucune prise en charge

Modalités de règlement des prestations – Le règlement des prestations est effectué par virement sur le compte mobile de l'adhérent ou des prestataires de soins. Le règlement peut également être effectué par chèque ou par virement sur le compte bancaire ou postal des prestataires.

Niveaux de prise en charge – Les niveaux de prise en charge sont identiques pour les adultes et les enfants. L'adhérent peut choisir parmi les niveaux de services « Découverte », « Accès », « Assist » ou « Sérénité ». Le niveau choisi s'applique à l'adhérent et à ses ayants droit. Les niveaux de prise en charge sont précisés sur la liste des services couverts (annexe) et sont mis à jour annuellement par DanAid.

La « liste des services » – précise les prestations ouvertes pour chaque garantie, leurs conditions et niveaux de prise en charge. Elle est revue et mise à jour chaque année et s'applique à l'exercice suivant. Demandez la version à jour dans les bureaux de la Mutuelle.

Article 6 – Les services auxiliaires

Les services sont proposés en option pour certaines garanties.
Transport en urgence – il s'agit de la prise en charge des frais de transport en urgence par le SAMU vers un hôpital conventionné ou du transfert d'un établissement vers un autre d'un malade incapable de marcher ou d'une femme en travail. La course est prise en charge à hauteur de 70% des dépenses engagées dans la limite de 15,000 FCFA par évacuation.

En outre les adhérents et leurs ayants droit peuvent participer gratuitement à un programme de prévention et d'information santé ou bénéficier de « prêts santé » suivant la disponibilité des fonds. La liste des activités de prévention et des séances d'information santé est disponible au siège de Mutuelle.

Article 7 – Les primes annuelles

Principe de calcul de la cotisation d'une famille – La cotisation familiale est définie par la somme des tarifs individuels des personnes couvertes de la famille, ou selon les forfaits définis par DanAid. Le montant de la prime à payer par l'adhérent est inscrit pour chaque garantie sur la liste des services.

Règles de mise à jour des tarifs – Les tarifs sont indexés sur le taux de consommation des services. Ils sont modifiés chaque année à la fin de l'exercice pour l'exercice suivant. Les nouveaux tarifs s'appliquent à tous les adhérents et leurs ayants droit.

Modalités de paiement des cotisations – Le paiement des cotisations doit être effectué en un versement annuel en avance ou au maximum 4 paiements trimestriels en avance. Les cotisations peuvent être payées par virement Mobile, par prélèvement bancaire automatique ou par virement bancaire dans le cas d'un contrat de groupe (entreprises ou associations).

Retard de paiement des cotisations – tout retard de paiement des cotisations au-delà de 15 jours sera sanctionné d'une pénalité de 3% par mois pendant 3 mois maximum. Passé ce délai, l'adhérent défaillant sera exclu de la garantie (art. 3), sans préjudice des voies de recours légaux que la Mutuelle pourrait entreprendre en vue de récupérer toute somme due au titre du prêt santé ou des primes annuelles (pour tout adhérent ayant déjà bénéficié).

Article 8 – Certification

Par la signature du formulaire d'Adhésion, l'Adhérent certifie avoir lu, compris et accepté les termes des présentes conditions générales d'adhésion et particulièrement des points suivants :

- DanAid n'est pas un Prestataire santé. Nous mettons en relation les adhérents avec les services de santé existants, sanctionnés par les autorités compétentes. La responsabilité de DanAid ne saurait être engagée dans les services médicaux fournis aux adhérents ou toute erreur médicale qui pourrait y être associée.
- L'intervention de DanAid est limitée au financement des soins de santé reçus dans les établissements agréés localement. La responsabilité financière de DanAid est limitée au montant des Primes versée .