

CONTRAT - GROUPE D'ASSURANCE SANTE

No POLICE : RAD000217

SOUSCRITE PAR : IREMBO LTD

Dont le Siège Social est : Nyarutarama

En qualité de CONTRACTANT

Auprès de

RADIANT INSURANCE COMPANY

En qualité d'ASSUREUR

Le présent contrat est constitué et régi par les CONDITIONS PARTICULIERES, les DISPOSITIONS SPECIALES ainsi que par les CONDITIONS GENERALES.

Il a pour objet la garantie suivante :

MALADIE - HOSPITALISATION - MATERNITE - OPHTALMOLOGIE - DENTISTERIE

CONDITIONS PARTICULIERES

IREMBO LTD

Déclare souscrire aux conditions générales et dispositions spéciales du Contrat d'Assurance Maladie Groupe et celles particulières qui suivent, auprès de RADIANT INSURANCE COMPANY en faveur des personnes à assurer, pour les Garanties et moyennant les Cotisations ci-après :

Article 1 : PERSONNES A ASSURER

Les membres du Personnel de l'assuré âgés de plus de 18 ans et de moins de 70 ans à l'entrée dans l'assurance selon la répartition suivante :

Catégorie	Nb Adh	Nb Dép	Prime Adh	Prime Dép	Prime Tot
C0	171	110	1 060 203	12 000	182 614 713
C1	1	1	1 060 203	12 000	1 072 203
Totaux :	172	111	182 354 916	1 332 000	183 686 916

En dehors de cette tranche d'âge la couverture fait l'objet d'un accord spécial entre le souscripteur et l'Assureur.

A partir de 60 ans, un examen medical est obligatoire pour les assurés individuels.

Article 2 : PRISE D'EFFET ET MODE DE FONCTIONNEMENT DE MEDICOR

Sous réserve d'acceptation par l'Assureur, les garanties prennent effet pour chaque personne à assurer :

- Dès la date d'effet du contrat pour les personnes à assurer se trouvant déjà au service du Contractant.
- Directement après la date de leur admission au Service du Contractant pour les personnes engagées postérieurement à la date d'effet du contrat. Le Département des Ressources Humaines du Contractant doit être en étroite collaboration avec RADIANT INSURANCE COMPANY. Une prime calculée au prorata est payable immédiatement pour toute personne devenue Adhérent pendant la période de couverture.
- Ainsi, chaque assuré aura une carte d'assurance maladie qu'il va présenter aux prestataires de soins et ceux-ci vont vérifier à partir de ses empreintes digitales son identité et sa limite de couverture via l'application de MEDICOR. Cela va permettre aussi à l'assuré de voir en temps réel où il en est avec sa limite de couverture.
- NB : Pour les assurés individuels, ils doivent attendre une période d'un mois avant de bénéficier de l'assurance santé ; exception faite des cas d'accident.

Aussi, les assurés individuels doivent attendre une période de 10 mois avant de bénéficier de la couverture maternité.

Article 3 : DUREE DU CONTRAT

Le présent contrat est souscrit pour une durée d'une année à compter du 11/01/2025 au 10/01/2026

Il sera renouvelable tacitement dans les conditions prévues à l'article 6 des présentes conditions particulières sauf résiliation avec un préavis de un mois avant son échéance.

Article 4 : DES GARANTIES

4.1.A. PRESTATIONS

La garantie maladie offre le paiement des frais pour les soins de santé à la suite de maladie d'accident ou de maternité.

Ainsi, sont prises en charge les prestations médicales suivantes :

- Soins ambulatoires, hospitalisation , maternité (sauf pour les dépendants), ophtalmologie, dentisterie et maladies chroniques.
- Les conditions de prématurité sont couvertes
- L'IRM et d'autres tests spéciaux sont tous couverts
- Paiement indirect : le bénéficiaire paie sa contribution pendant l'obtention du service médical et le prestataire demande le remboursement ou la différence à RDIANT INSURANCE COMPANY (applicable pour les options avec ticket modérateur)
- Tous les traitements médicaux et les médicaments doivent prescrits par un médecin diplômé et enregistré et qui a été autorisé par le Ministère de la Santé. Notre régime médical donne accès à des spécialités et à des médicaments génériques. Cependant, les spécialités doivent être prescrites par un médecin spécialiste, sauf en cas d'urgence par autorisation préalable
- Les garanties de couverture concernent le personnel assuré; son conjoint ainsi que leurs enfants à charge jusqu'à 21 ans et prolongé jusqu'à 25 ans si l'enfant est encore étudiant
- Frais d'Ambulance pour les cas d'urgence d'un hôpital à un autre et d'un lieu d'accident à l'hôpital en cas d'accident sur le territoire burundais. Le service ambulance s'appliquera aux assurés malades qui devont être traité dans un hôpital désigné, à partir d'une zone où les équipements indispensables n'existent pas, sans toutefois dépasser 500.000.FBu. durant toute la période de couverture (et dans la limite annuelle du patient hospitalisé).
- Traitements dans tous les hôpitaux partenaires des pays d'Afrique de l'Est. L'assuré ira dans un établissement approprié selon le partenariat de l'assureur. Il devra aviser l'assureur au moins 3 jours avant afin de lui permettre d'aviser les prestataires désignés par l'assuré (seulement pour ceux qui ont une couverture extraterritoriale).
- Traitement en Inde le cas échéant, sur base d'un rapport médical d'un médecin spécialiste attestant que les mêmes services ne peuvent pas être offerts dans les pays de l'Afrique de l'Est avec l'approbation préalable de RDIANT INSURANCE COMPANY
- L'extension dans les pays d'Afrique de l'Est est couverte dans la limite de la couverture pour les personnes à charge de l'assuré. Le remboursement sera basé sur le tarif le plus cher selon la catégorie dans laquelle vous êtes assuré localement.
- L'hébergement d'un parent pour les enfants de moins de 12 ans à l'hôpital, cela ne s'appliquera qu'à la couverture à l'étranger
- La chambre individuelle est couverte
- Ajout automatique d'un nouveau-né et/ou conjoint sans prime supplémentaire à l'exception des frais de carte
- Ajout automatique d'un nouvel adhérent avec une prime calculée au prorata
- Suppression automatique pour l'agent qui quitte le groupe et remboursement de 75% de la prime non consommée calculée au prorata, si aucun service médical n'a été payé pour lui et les personnes à sa charge
- L'émission de cartes d'assurance maladie dans les 7 jours suivant la notification et/ou preuve de paiement.
- Les cartes d'assurance maladie portent un numéro de téléphone que le patient peut appeler si nécessaire. Il y aura également un gestionnaire de sinistre désigné spécifiquement en charge de l'assuré.
- La liste de tous les partenaires de RDIANT INSURANCE COMPANY est jointe à cette offre technique
- Le remboursement sera basé sur le tarif le plus cher selon la catégorie dans laquelle vous êtes assuré localement pour les frais déboursés chez un prestataire qui n'a pas de partenariat avec RDIANT INSURANCE COMPANY et qui n'a pas été résilié ou suspendu pour faute ou mauvaises pratiques.
- Délai maximum de remboursement en cas de paiement direct là où il n'y a pas de partenariat et après réception de tous les

documents requis : 2 jours

- Gestion commune avec l'employeur des cas de fraudes
- Les frais funéraires en cas de décès d'un membre assuré ou son bénéficiaire sont payables endéans 24 heures suivant la réception de l'avis de décès à l'Employeur ou à la personne qu'il peut désigner.
- La liste du personnel ainsi que les rapports de consommations médicales seront fournis mensuellement.
- En cas de dépassement des limites de l'assuré au cours de la période d'assurance, RDIANT INSURANCE COMPANY peut le couvrir sans prime supplémentaire si le taux de sinistralité du groupe est inférieur à 60%.

4.1. B. REMBOURSEMENT DES SOINS

Aucun acte médical, appareil, opération ou hospitalisation, n'est pris en charge s'il n'a été ordonné par une personne titulaire d'un diplôme de médecin, chirurgien ou chirurgien - dentiste.

Aucun acte n'est pris en charge s'il n'est exécuté par une personne qualifiée et dans un établissement officiellement autorisé par le Ministère de la santé qui, sauf cas de force majeure, doit être conventionné par l'Assureur.

Le système de règlement des factures des prestations est en principe le Tiers payant par lequel le bénéficiaire de l'assurance maladie ne paie que le ticket modérateur convenu et le prestataire des soins se fait payer le solde de sa facture par l'Assureur.

Le paiement direct qui consiste à ce que l'assuré paie la totalité de la facture des prestations médicales et se fait rembourser chez l'Assureur n'est utilisé qu'à titre exceptionnel.

A cet effet, le prestataire ou l'assuré le cas échéant, devra remettre à l'Assureur les notes d'honoraires ou de frais et les ordonnances acquittées, datées et mentionnant les noms et prénoms de l'Assuré qu'elles concernent.

Les notes doivent indiquer la nature et la date des soins donnés en distinguant le coût de chacun des actes pratiqués.

Les ordonnances doivent porter lisiblement les noms et prénoms de l'assuré et s'accompagner des justificatifs de paiement des produits pharmaceutiques.

4.1. C. ETENDUE DE LA GARANTIE MALADIE

La garantie englobe la personne assurée elle-même, son conjoint ainsi que leurs enfants légalement à charge de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans s'ils sont encore étudiants.

Cette couverture est également étendue au personnel qui tomberait malade à l'étranger étant en mission de travail ou en congé annuel reconnu par le contractant.

Dans ce dernier cas, le remboursement se fera sur base du tarif de l'Hôpital privé du BURUNDI pour les adhérents de la première catégorie ou de l'Hôpital Public de référence du BURUNDI pour les adhérents des autres catégories après déduction du ticket modérateur mentionné dans le tableau des prestations et plafonds.

4.1. D.PRESTATIONS ET TAUX GARANTIS

Les prestations et les taux garantis sont décrits, selon la catégorie, dans le tableau ci-dessous :

Type de Prestataire	Taux Garantie(%)	Ticket Modérateur(%)
C0 : Catégorie 0		
BABYL RWANDA LTD	90	10
Centres de santé	90	10
Cliniques Privées 2	90	10
Cliniques Privés	90	10
Cliniques Spécialisées	90	10
EDPU AFRICA Limited	90	10
Etablissements publics	90	10
Hôpitaux Privés	90	10
Hôpitaux publiques de référence national	90	10
Hors Rwanda	100	0
Magasin optiques	90	10
Pharmacies	90	10
Polycliniques	90	10
C1 : Catégorie 1		
BABYL RWANDA LTD	90	10
Centres de santé	90	10
Cliniques Privées 2	90	10
Cliniques Privés	90	10
Cliniques Spécialisées	90	10
EDPU AFRICA Limited	90	10
Etablissements publics	90	10
Hôpitaux Privés	90	10
Hôpitaux publiques de référence national	90	10
Hors Rwanda	100	0
Magasin optiques	90	10
Pharmacies	90	10
Polycliniques	90	10

PLAFONDS ANNUELS PAR FAMILLE

Garantie	Plafond	Par Bén.
C0 : Catégorie 0		
Soins ambulatoires	2 000 000	
Hospitalisation	39 443 880	
Ophtalmo./Optiq (verres inclus)	383 296	
Monture	191 648	
Dentisterie	383 296	
Frais funéraires / Par individu	515 054	✓
C1 : Catégorie 1		
Soins ambulatoires	500 000	

Hospitalisation	1 273 729	
Ophtalmo./Optiq (verres inclus)	287 472	
Monture	143 736	
Dentisterie	287 472	
Frais funéraires / Par individu	515 054	✓

4.2. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent collectivement le jour de la résiliation du contrat ou de l'échéance de celui-ci et individuellement, le jour où la personne assurée atteint la limite de couverture, quitte le service du Contractant, ou décède.

En cas de fraude avérée, l'Assureur se réserve le droit de radier l'assuré concerné. L'ensemble des garanties offertes à la personne Assurée doivent être annulées à partir de la date où nous avons eu connaissance de la fraude. Les primes payées ne sont pas remboursables et le Membre ne sera plus admissible comme personne assurée pour les périodes futures.

4.3. SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues collectivement si les primes ne sont pas payées dans les TRENTE (30) jours à partir de la prise d'effet du contrat et individuellement si les primes ne sont pas payées immédiatement après l'adhésion de l'assuré.

Les garanties reprendront effet immédiatement après le paiement de la totalité des primes en souffrance au moment de la suspension.

Article 5 : COTISATIONS

Les garanties définies ci-dessus sont accordées moyennant des cotisations de :

Type assuré	Nb	P. Base	Prime Tot
<u>C0 : Catégorie 0</u>			
Adhérent	171	907 535	181 294 713
Dépendant	110	0	1 320 000
Total	281		182 614 713
<u>C1 : Catégorie 1</u>			
Adhérent	1	907 535	1 060 203
Dépendant	1	0	12 000
Total	2		1 072 203
Total Général	283		183 686 916

Article 6 : RENOUVELEMENT ET CLAUSE D'AJUSTEMENT DE LA PRIME

Un mois avant l'échéance, un avenant provisionnel de renouvellement sera envoyé à l'assuré pour le règlement d'un acompte sur le renouvellement.

La prime définie ci-dessus fera l'objet dans les conditions ci-après d'un ajustement en fonction des résultats de Sinistres sur primes nettes (déduction faite des taxes et commissions des intermédiaires) après la clôture de chaque exercice.

Pour associer l'assuré à l'évolution des consommations, un rapport d'utilisation trimestriel lui sera régulièrement transmis.

Article 7: EXCLUSIONS GENERALES

- Traitement cosmétique et chirurgie esthétique
- Blessures dues à la participation aux jeux et activités dangereuses
- Blessures dues à la participation aux greves et émeutes
- Traitement de fécondité à savoir les frais de traitement liés à la stérilité et à l'impuissance
- Traitement prophylactique, les compléments alimentaires
- Cardiopathie ischemique
- Automutilation intentionnelle, suicide ou influence de l'alcool ou de la drogue
- Cancers de la peau, cancers in situ et mélanomes in situ (sauf les melanones malins)
- Les voyages en avion, sauf si le Membre (ayant payé le billet) voyage dans un avion conçu pour transporter des passagers
- Coût d'appareils auditifs, à moins qu'il résulte d'un accident
- Dépression nerveuse, psychonévrose, à moins qu'il ne résulte d'un accident
- Frais recouvrables en vertu de la Loi sur l'Indemnisation des Accidents du Travail ou les services publics de santé, y compris les régimes d'indemnisation de l'INSS ou tout autre régime sauf sur demande préalable de l'assuré et moyennant une prime correspondante

Article 8 : DISPOSITIONS FINALES

Lors de l'exécution des actes, examens ou traitements des assurés, le professionnel de santé ou l'établissement de soins est seul et unique responsable des complications, incidents ou accidents pouvant survenir dans la pratique de l'art médical.

En aucun cas, la responsabilité de l'Assureur ne pourra être invoquée pour des faits relevant de la responsabilité du professionnel de santé ou de l'établissement de soins.

Le contrat sera établi en deux (2) exemplaires et prend effet sous réserve des dispositions de l'Article II des CONDITIONS PARTICULIERES, le 11/01/2025

ANNEXES AUX CONDITIONS PARTICULIERES

Special Benefits

- o MRI (Magnetic Resonance Imaging) test
- o Travel Insurance: Radiant shall cover 1 trip not exceeding 15 days per staff per year
- o Medical checkup for employees and their dependents.
- o Family Planning
- o Allergic Tests
- o Circumcision to both children and adults
- o Access to Specialized/brand medicine at all medical facilities
- o Hospital accommodation for an accompanying parent/guardian for hospitalized minor children
- o Standard private rooms and VIP rooms are covered considering the limits provided for inpatient benefit (Maximum 100,000 Rwf/night for VIP Rooms)
- o Organ transplant
- o Constitutional malformations for newborn and prematurity cases
- o Investigations prescribed for health status such as infertility and sterility
- o Mental Health services for Irembo Staff in hospitals that give these services as per the list of Service Providers Panel
- o Member Education with sessions to staff about the cover once every quarter
- o Treatments against Covid-19 are covered when provided in the dedicated treatment centers following the medical protocol put in place for the management of Covid-19. Tests are covered on reimbursement basis for people who tested positive upon presentation of test results
- o Rapid tests will be also covered for staff who must participate in annual retreats (3 times a year) subject to Irembo Management and Radiant prior consent
- o Immunization for all members including vaccination of all types of hepatitis
- o Access to Specialized/brand medicine at all medical facilities.
- o Crutches are not covered but are available to members who may need them and returned to Radiant after recovery
- o Dental prostheses or prostheses of any kind in case of an accident or when deemed necessary by a registered medical practitioner specialized in that domain
- o Access to medical care abroad for the staff that gets sick abroad on official or personal travel known by the contracting party with the reimbursement basis on the most expensive tariff of the hospital/clinic according to the category in which you're insured in Rwanda
- o Members living in East Africa will be authorized to be treated in their country without need of referral or pre-authorization in hospitals in partnership with Radiant, and provided that their names have been mentioned by Irembo Ltd on the attached list as having access to this additional benefit.

WITHOUT COPAY FOR INPATIENT CASES

Fait à , le 02/01/2026

POUR RADIANT INSURANCE COMPANY

POUR L'ASSURE

LE PRODUCTEUR

LA DIRECTION