



INDEMNITE JOURNALIERE HOSPITALISATION

ANNEXE I

INDEMNITE JOURNALIERE HOSPITALISATION

CONDITIONS D'ATTRIBUTION

L'Indemnité Journalière Hospitalisation complétant l'Assurance Santé MPL, vous garantit le versement d'une indemnité de QUATRE MILLE FRANCS (4 000 XPF) par journée d'hospitalisation, sauf toute hospitalisation effectuée sur le Territoire et hors du Territoire dont les soins sont en relation avec une Longue Maladie.

La liste des affections visées à l'article Lp78 est établie comme suit :

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques,
- bilharziose compliquée,
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques active du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- hypertension artérielle sévère ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- rhumatisme articulaire aigu ;
- sclérose en plaques ;
- scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- spondylarthrite ankylosante grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Les critères médicaux utilisés pour la définition des affections prises en charge dans le cadre du risque longue maladie sont déterminés par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ou par convention entre les organismes de protection sociale et les professionnels de santé concernés.

DELAI DE CARENCE – SIX MOIS (6 MOIS) à compter de la date inscrite sur la demande d'adhésion.

COTISATION – SIX MILLE FRANCS (6 000 XPF) par trimestre et par personne.

DUREE DU CONTRAT – Le contrat est conclu pour une durée d'UN AN (1 AN) et renouvelable par tacite reconduction.



**INDEMNITE
JOURNALIERE
HOSPITALISATION
ANNEXE I**

DROIT DE RENONCIATION – Chaque adhérent à titre individuel a la faculté de renoncer à son contrat, par lettre recommandée avec accusé de réception (LR/AR), adressée à la MPL, dans les QUINZE JOURS (15 jours) suivant le paiement de la première cotisation. Cette renonciation entraîne la restitution de l'intégralité des cotisations versées dans les quinze jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée par la caisse.

INDEMNITE JOURNALIERE HOSPITALISATION

FORMALITE A REMPLIR

Adresser à la MPL, dans un délai maximal de QUINZE JOURS (15 JOURS) suivant la date de fin d'hospitalisation :

➤ le bulletin ou la facture d'hospitalisation justifiant le séjour en milieu hospitalier et où sont mentionnées les dates d'entrée et de sortie.

INDEMNITE JOURNALIERE HOSPITALISATION

ADHESION

A MON CONTRAT MPL N° : M _____

Je soussigné(e), _____ ,

vous prie de bien vouloir prendre en compte à compter du ____ / ____ / _____ la demande d'adhésion à l'Indemnité Journalière Hospitalisation.

Membres de ma famille à garantir

Nom & Prénom	Cotisation
	<input type="checkbox"/> Mois 2 000 XPF/Personne <input type="checkbox"/> Trim 6 000 XPF/ Personne <input type="checkbox"/> An 24 000 XPF/Personne

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'attribution de l'Indemnité Journalière Hospitalisation ainsi que des formalités à remplir sus-mentionnées et en accepter les termes.

Fait à _____ , le ____ / ____ / _____ .

Signature du **Demandeur**
précédée de la mention
« Lu et Approuvé »

Pour la **MPL**,
Signature de l'Intervenant