

Assurance Santé

Conditions générales



Entrepreneurs
d'Assurances

Votre contrat se compose des éléments suivants :

Si **vous** êtes une personne physique et que **vous** avez souscrit dans le cadre fiscal de la **Loi Madelin** :

- **Vous** adhérez à un contrat de groupe à adhésion facultative dans le cadre de la loi du 11 février 1994 dite « **Loi Madelin** », codifiée sous l'article 154 bis du Code général des impôts.
- Le contrat groupe est souscrit par une association. **Vous** pouvez demander ses statuts à tout moment à votre **assureur conseil**.
- Votre adhésion au contrat et votre adhésion à l'association sont matérialisées par un **certificat d'adhésion** qui précise la date d'effet de l'adhésion, le nom et l'adresse de l'association souscriptrice, les personnes assurées ainsi que les garanties et services que **vous** avez choisis.
- **Vous** devez être à jour de vos cotisations dues au titre des régimes d'assurances vieillesse et **maladie obligatoires**. En signant votre certificat d'adhésion, **vous** attestez l'être à la souscription et **vous** vous engagez à le rester ainsi qu'à pouvoir en justifier, pendant toute la durée de l'adhésion ou à chaque avenant.
- Les présentes **Conditions générales** valant notice d'information définissent les garanties et services pouvant être souscrits ainsi que les dispositions relatives à la vie de l'adhésion.

Dans les autres cas :

- **Vous** souscrivez un contrat individuel.
- Votre souscription au contrat est matérialisée par des **Conditions particulières** qui précisent la date d'effet du contrat, les personnes assurées ainsi que les garanties et services que **vous** avez choisis.
- Les présentes **Conditions générales** définissent les garanties et services pouvant être souscrits ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat.

Dans tous les cas, aucun questionnaire médical n'est requis, les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Le contrat ne prend en charge, ni la participation forfaitaire, ni la franchise médicale, ni les pénalités appliquées en cas de non respect du parcours de soins coordonnés. Les contrats comportant des garanties de niveau 1, 2 ou 3 sont qualifiés de solidaires et responsables.

1. LEXIQUE	p 5
2. L'OBJET DE VOTRE CONTRAT	p 10
3. VOS GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ	p 11
3.1. L'hospitalisation médicale, l'intervention chirurgicale et la maternité	p 19
3.1.1. L'hospitalisation non psychiatrique	p 19
3.1.2. L'hospitalisation psychiatrique	p 19
3.1.3. Le forfait nouveau-né	p 19
3.2. Les soins courants	p 20
3.3. Les médicaments et autres soins courants	p 20
3.3.1. Les médicaments prescrits médicalement et remboursés partiellement par le Régime obligatoire	p 20
3.3.2. Les médicaments prescrits médicalement non remboursés par le Régime obligatoire	p 20
3.3.3. L'automédication	p 20
3.3.4. Les soins de pédicurie et de podologie non remboursés par le Régime obligatoire	p 20
3.3.5. Les soins alternatifs	p 20
3.3.6. Le matériel médical autre qu'aides auditives	p 21
3.3.7. Les cures thermales	p 21
3.4. Les soins et prothèses dentaires	p 21
3.4.1. Les soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime obligatoire	p 21
3.4.2. Le Renfort conseil Partenaire MMA Santé	p 22
3.4.3. Les Plafonds évolutifs	p 22
3.4.4. Les soins et prothèses dentaires, orthodontie et parodontologie non remboursés par le régime obligatoire	p 22
3.5. L'optique	p 23
3.5.1. Les lunettes et lentilles prescrites médicalement	p 23
3.5.2. La chirurgie réfractive de l'œil	p 23
3.5.3. Le Bonus Conso Responsable sur les niveaux 2, 3 et 4	p 23
3.6. Les aides auditives	p 24
3.7. La prévention	p 24
3.7.1. Les actes de prévention	p 24
3.7.2. Les vaccins médicalement prescrits et non remboursés par le Régime obligatoire	p 24
3.7.3. Les certificats médicaux	p 24
4. CE QUE VOTRE CONTRAT NE GARANTIT PAS	p 25
4.1. Frais exclus de tout remboursement	p 25
4.2. Frais partiellement exclus des remboursements MMA	p 25
4.3. Exclusions du régime obligatoire	p 25
4.4. Application	p 25
5. LES GARANTIES D'ASSISTANCE MMA SANTÉ	p 26
5.1. Les dispositions générales	p 26
5.2. Les garanties	p 27
5.2.1. Les garanties au domicile sans limite d'âge pour les assurés	p 27
5.2.2. Les garanties au domicile bénéficiant aux enfants scolarisés de moins de 15 ans	p 28
5.2.3. Les garanties au domicile bénéficiant aux assurés de plus de 65 ans	p 28
5.2.4. Le transfert de l'hôpital au domicile	p 28

5.2.5. Les garanties en déplacement.....	p 29
5.2.6. Les garanties additionnelles à l'étranger.....	p 30
5.2.7. Les garanties d'aide aux aidants.....	p 31
5.2.8. Les conseils santé par téléphone.....	p 33
5.3. La mise en jeu des garanties.....	p 34
5.3.1. Les garanties au domicile.....	p 34
5.3.2. Les garanties en déplacement et garanties additionnelles à l'étranger.....	p 34
5.3.3. L'aide aux aidants et les conseils santé par téléphone.....	p 35
5.3.4. Les exclusions.....	p 35
6. LA GARANTIE ACCOMPAGNEMENT MALADIE GRAVE.....	p 37
6.1. Objet de la garantie.....	p 37
6.2. Les garanties d'accompagnement.....	p 37
6.2.1. L'accompagnement social.....	p 37
6.2.2. L'aide à domicile en cas de chimiothérapie ou radiothérapie.....	p 37
6.2.3. L'accompagnement psychologique.....	p 37
6.2.4. Les conseils thérapeutiques.....	p 38
6.2.5. L'aide au maintien à domicile.....	p 38
6.3. La prise en charge de prestations.....	p 38
6.4. La mise en jeu de la garantie.....	p 38
6.4.1. Modalités de déclaration de la maladie grave.....	p 38
6.4.2. Délais de déclaration.....	p 39
6.4.3. Prise en charge des prestations.....	p 39
6.4.4. Exclusions.....	p 39
7. LES SERVICES GPS SANTÉ.....	p 40
8. LA VIE DU CONTRAT.....	p 41
8.1. La prise d'effet et la durée de votre contrat.....	p 41
8.1.1. La durée de votre contrat.....	p 41
8.1.2. La résiliation de votre contrat.....	p 41
8.2. La cotisation.....	p 41
8.2.1. Les éléments dont votre cotisation tient compte.....	p 41
8.2.2. L'évolution de votre cotisation.....	p 41
8.2.3. Les modes de paiement de votre cotisation.....	p 42
8.2.4. Les conséquences du non-paiement de votre cotisation.....	p 42
8.2.5. Société recouvrante.....	p 42
8.3. Le règlement des prestations.....	p 42
8.3.1. Pour les frais ayant donné lieu à un remboursement préalable de votre régime obligatoire.....	p 42
8.3.2. Pour les frais de soins que votre régime obligatoire ne rembourse pas et qui sont susceptibles d'être pris en charge par votre contrat.....	p 43
8.3.3. En cas d'hospitalisation.....	p 43
8.3.4. Le tiers payant.....	p 43
8.3.5. Le délai pour demander un remboursement - La prescription.....	p 43
8.3.6. L'expertise médicale.....	p 44
8.3.7. La perte de vos droits.....	p 44
8.3.8. Subrogation dans vos droits.....	p 44
8.4. Les déclarations que vous devez faire.....	p 45
8.4.1. Les évolutions de votre contrat.....	p 45
8.4.2. Les conséquences des déclarations non conformes à la réalité.....	p 45
8.5. Médiation, information : vos droits.....	p 45
8.5.1. La vente à distance.....	p 45
8.5.2. Le démarchage à domicile.....	p 46
8.5.3. La réclamation : comment réclamer ?.....	p 46
8.5.4. L'autorité de contrôle.....	p 46
8.5.5. Vie privée.....	p 47
8.5.6. Convention de preuve.....	p 49
8.5.7. Le courrier électronique.....	p 49

1. LEXIQUE

À chaque fois que le texte des **Conditions générales** fera appel à un terme justifiant une explication, il sera en gras et de couleur verte et défini au lexique général ou au lexique propre à l'Assistance.

■ Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de **l'assuré** et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

■ Aides Auditives

Dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive. Elles sont exclusivement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

Synonyme: prothèses auditives ou appareils auditifs.

■ Année d'assurance

Période d'au moins 10 mois comprise entre deux **échéances anniversaires** consécutives. Cette période sert de référence pour le calcul des prestations. **Une demande de remboursement formulée après la période prise en compte pour le calcul des prestations entraîne un décalage des Bonus Conso Responsable, et des plafonds évolutifs.**

■ Assuré/bénéficiaire

Toute personne assurée par le contrat et désignée comme **bénéficiaire** aux **Conditions particulières**.

■ Assureur

Les garanties sont assurées par:

MMA IARD

Société anonyme au capital de 537 052 368 €

RCS Le Mans 440 048 882

Siège social: 14, boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72030 Le Mans Cedex 9

MMA IARD Assurances Mutuelles

Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes - RCS Le Mans 775 652 126

Siège social: 14, boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72030 Le Mans Cedex 9

Ces entreprises sont régies par le Code des assurances.

Elles sont dénommées conjointement ci-après MMA.

Il est convenu que MMA IARD est chargée des relations avec les **souscripteurs**; en conséquence, elle a reçu délégation de tout pouvoir pour ce qui a trait à la gestion et à l'exécution des contrats.

■ Assureur conseil

Intermédiaire entre l'**assureur** et le **souscripteur**. Son statut et sa profession sont réglementés par le Code des assurances.

Le nom et les coordonnées de votre **assureur conseil** figurent sur vos **Conditions particulières**.

■ Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)

Tarifs de base utilisés par le **Régime obligatoire** de **l'assuré** pour calculer ses remboursements. Ces tarifs sont définis par la Sécurité sociale, soit conventionnellement avec les syndicats des praticiens et les établissements de soins (il s'agit alors du Tarif de convention), soit d'autorité pour les actes pratiqués par des professionnels non conventionnés.

■ Conditions générales/Notice d'information

C'est le présent document qui précise les garanties et services proposés ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat. Ce document est appelé **notice d'information** lorsque le contrat est souscrit dans le cadre de la **loi Madelin**.

■ Conditions particulières/Certificat d'adhésion

Document que **vous** avez signé à la souscription ou en cas d'avenant et qui précise la date d'effet du contrat ou de la modification, les **bénéficiaires** ainsi que les garanties que **vous** avez choisies. Ce document est appelé **certificat d'adhésion** lorsque le contrat est souscrit dans le cadre de la **loi Madelin**.

■ Contrat « responsable et solidaire »

La loi qualifie une garantie complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une garantie complémentaire santé de « **responsable** » lorsqu'elle encourage le respect du **parcours de soins coordonnés** (le **parcours de soins coordonnés** repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie).

De plus, les garanties complémentaires santé « responsables » remboursent au minimum (sous réserve des éventuelles évolutions réglementaires) en complément du **Régime obligatoire** et conformément aux nouvelles dispositions de l'article L 871-1 du Code de la sécurité sociale le **ticket modérateur** pour l'ensemble des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie.

Elles couvrent l'intégralité du **forfait journalier hospitalier**, ainsi que la **participation forfaitaire** actes lourds, prévue au I de l'article R 322-8 du Code de la sécurité sociale.

Elles remboursent intégralement, en sus du **régime obligatoire** les équipements optiques, soins prothétiques et **aides auditives** appartenant à une liste réglementée « 100 % santé » à hauteur des **Honoraires Limites de Facturation** ou des **Prix Limites de Vente (PLV)**.

Elles respectent les règles légales de renouvellement des équipements à savoir :

- en optique: par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus (sauf renouvellement anticipé prévu par la réglementation),
- aide auditive: par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement.

Elles respectent les planchers et les plafonds du **contrat responsable**.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à l'un des **Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée** est limitée et doit nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à l'un de ces dispositifs.

Elles ne remboursent pas :

- les majorations du **ticket modérateur** et les honoraires liés au non-respect du **parcours de soins coordonnés**,
- la **participation forfaitaire** applicable aux consultations et certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

■ Délai d'attente

Durée de 3 mois suivant la date d'effet de la souscription, du changement de niveau ou de l'adjonction d'un **bénéficiaire**, pendant laquelle les prestations sont limitées.

■ Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Il s'agit de contrats proposés par l'assurance maladie aux médecins visant à modérer les dépassements d'honoraires. Exemples de dispositifs: option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM-CO). Ils remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) depuis le 01/01/2017.

■ Domicile

Lieu de résidence principale des **assurés** en France Métropolitaine ou dans un Département d'Outre-Mer.

■ Échéance anniversaire

Date à laquelle votre cotisation annuelle doit être payée. Il s'agit de la date à laquelle votre contrat est reconduit pour une année. **Une modification d'échéance anniversaire, quelle qu'en soit la cause, déplace les règles de calcul des prestations et des Bonus Conso Responsable.**

■ Équipement 100 % Santé

Les **assurés** peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'**aides auditives** et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Ces soins identifiés (appelés aussi « paniers 100 % Santé » ou « à prise en charge renforcée ») sont définis réglementairement.

Les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % Santé ».

La différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, est remboursé par le contrat Assurance Santé MMA.

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % Santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % Santé ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100 % Santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100 % Santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut, de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

■ Équipement à prise en charge libre

Il s'agit des prestations d'optique, d'**aides auditives** et de soins et prothèses dentaires qui ne font pas partie des **équipements « 100 % santé »** dont la liste est définie réglementairement.

Le remboursement des **équipements à prise en charge libre** dépendent de la **formule** et du niveau souscrit. Les taux de remboursement sont déclinés dans les tableaux de garantie.

■ Forfait journalier hospitalier

Forfait hospitalier fixé par les pouvoirs publics. Facturé par les établissements de santé pour tout séjour, il représente votre participation financière aux frais d'hébergement.

■ Formule

Ensemble de garanties dont **vous** bénéficiez. Son niveau détermine le montant maximal d'indemnisation. La **formule** et le niveau que **vous** avez choisis figurent sur vos **Conditions particulières**.

■ Frais de séjour

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

En fonction du statut de l'établissement, ces **frais de séjour** peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

■ Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} janvier 2008.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), et de l'Aide Médicale de l'État, femmes enceintes (du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

■ Honoraires de dispensation

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

■ Honoraires limites de facturation (HLF)

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

À compter de 2019 et progressivement, des **honoraires limites de facturation** sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « 100 % Santé ».

■ Honoraires paramédicaux

Ce sont les honoraires des professionnels paramédicaux à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... dont les actes qui figurent à la nomenclature sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

■ Hospitalisation

Séjour médicalement prescrit dans un établissement de soins public ou privé agréé par le Ministère de la Santé ou à **domicile**, ayant pour but un traitement médical ou chirurgical d'une **maladie**, d'un **accident** ou d'une **maternité**.

■ Inlays-Cores

Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée.

À compter de 2020, cet acte est pris en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100 % Santé », dans la limite des **honoraires limites de facturation**.

■ Inlay-Onlay :

Technique permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante.

Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique).

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les **inlays-onlays** ne figurent pas dans le panier « 100 % Santé ». Leur tarif est toutefois plafonné à compter du 1^{er} janvier 2021 (pour les **inlays** en composite).

■ Madelin (Loi)

La loi n° 94-126 du 11 février 1994 dans ses articles 24 et 41, les extensions des dispositions de ces articles et les textes pris pour leur application, codifiée sous l'article 154 bis du Code général des impôts. Elle concerne les travailleurs non salariés non agricoles.

■ Maladie

Toute altération de la santé médicalement constatée. Il est précisé que constituent des **maladies** :

- les conséquences d'un choc émotionnel ou d'un effort, les lumbagos, sciatiques, ruptures et déchirures musculaires et tendineuses, hernies (pariétales, musculaires et discales), même d'origine traumatique,
- les accidents cardiaques, cérébraux ou vasculaires, les syncopes et lésions qui peuvent en résulter.

■ **Matériel médical**

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements et se répartit en 2 catégories :

- le petit **matériel médical** : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, béquilles, semelles orthopédiques et autres dispositifs médicaux,
- le grand **matériel médical** : fauteuils roulants, lits médicaux...

■ **Maternité**

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse volontaire ou non, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

■ **Mécontentement**

Incompréhension définitive de **l'assuré**, ou désaccord, sur la réponse ou la solution apportée, avec manifestation d'un sentiment d'injustice subie, exprimée dans le cadre d'une **réclamation**. **L'injure ou l'insulte ne sont pas considérées contractuellement comme l'expression d'un mécontentement.**

■ **Nullité du contrat**

Annulation pure et simple du contrat, qui est alors censé n'avoir jamais existé. Le Code des assurances sanctionne ainsi une fausse déclaration intentionnelle du **souscripteur**. Le Code civil sanctionne notamment le défaut de cause, l'objet illicite, les vices de consentement du contrat.

■ **Parcours de soins coordonnés**

C'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée en optimisant l'offre de soins proposée en France. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les **assurés** de l'assurance maladie obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le **parcours de soins coordonnés** une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le **parcours de soins coordonnés** même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du **parcours de soins coordonnés**, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué.

■ **Partenaire MMA Santé**

Prestataire de services choisi par MMA pour la mise en œuvre de services spécialisés :

Santéclair – SA au capital de 3 834 029 € immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977
Siège social : 7 Mail Pablo Picasso - 44046 Nantes Cedex 1

Fidélia Assistance - SA au capital de 16 212 800 € entièrement libéré immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro B 377 768 601

Siège social : 27, Quai Carnot - 92210 Saint-Cloud

Fidélia Assistance est également appelé MMA Assistance.

MMA se réserve à tout moment le droit de changer de partenaire ou d'assurer en direct les services.

■ **Participation forfaitaire**

Contribution prélevée par le **Régime obligatoire** sur ses remboursements. Depuis le 1^{er} septembre 2008, elle concerne les remboursements effectués au titre des actes médicaux réalisés par les médecins et des actes de biologie et de radiologie au profit des **assurés** sociaux, hormis les consultations des mineurs, des **bénéficiaires** de la Complémentaire Santé Solidaire ou de l'AME.

■ **Participation forfaitaire actes coûteux**

Une **participation forfaitaire** à la charge de **l'assuré** s'applique pour les actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé.

Certains actes ne sont pas concernés par la **participation forfaitaire actes coûteux** (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence,...).

Cette participation est généralement prise en charge par les complémentaires santé.

■ **Prestation d'appairage**

Dans les cas où un patient a besoin d'une paire de lunettes avec 2 types de verres 100 % santé différents (indice réfraction différent ou type de verres différents), une **prestation d'appairage** de verres peut être nécessaire dans un but esthétique et d'équilibrage de la monture.

Cette prestation spécifique peut être facturée par l'opticien qui doit respecter un **prix limite de vente** variable, selon le niveau d'appairage à réaliser.

Lorsqu'un **équipement « 100 % santé »** est choisi, cette prestation est intégralement prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

■ **Prix limite de vente**

Le **prix limite de vente** (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'**assuré** social. À défaut de fixation d'un **prix limite de vente**, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un **prix limite de vente**.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de **prix limite de vente**.

Les **aides auditives** et les lunettes retenues dans les paniers « 100 % santé » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les **assurés** puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

■ **Réclamation**

Déclaration actant, par téléphone, par courrier, par mail ou en face-à-face, le **mécontentement** d'un client envers l'**assureur**.

■ **Régime obligatoire**

C'est le régime social français d'assurance maladie maternité auquel sont affiliés les **assurés** du contrat.

■ **Souscripteur/Adhérent**

Personne qui a conclu le contrat avec l'**assureur**. Il est appelé adhérent lorsque le contrat est souscrit dans le cadre de la **loi Madelin**.

■ **Suspension de garantie**

Période pendant laquelle les garanties ne donnent plus lieu à un remboursement sans que le contrat soit pour autant résilié ou frappé de nullité (par exemple en cas de non-paiement de la cotisation).

■ **Ticket modérateur**

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la **participation forfaitaire** d'1 € ou d'une franchise).

Le montant du **ticket modérateur** varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (**maladie, maternité, accident** du travail...), ou selon que l'**assuré** est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

Le **ticket modérateur** est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

■ **Vous**

« **Vous** » désigne dans le présent document toute personne ayant la qualité **d'assuré** au contrat, sauf pour les dispositions relatives à la vie du contrat : dans ce cas « **vous** » désigne le **souscripteur ou l'adhérent**.

2. L'OBJET DE VOTRE CONTRAT

Le contrat Assurance Santé MMA s'adresse aux personnes ayant une résidence fiscale en France Métropolitaine ou dans un Département d'Outre Mer et relevant d'un Régime obligatoire français.

Le contrat Assurance Santé MMA **vous** assure le remboursement des dépenses médicales occasionnées par la **maladie**, l'**accident** et la **maternité** :

- qui ont fait l'objet d'une participation par votre **Régime obligatoire** et qui sont restées à votre charge après son intervention. L'assurance est dans ce cas valable dans le monde entier,
- **ou qui ne sont pas couvertes par votre Régime obligatoire mais qui sont expressément couvertes par la formule que vous avez choisie. Dans ce cas, seuls sont pris en charge les frais médicaux qui ont été engagés auprès de professionnels de santé habilités à exercer en France Métropolitaine ou dans un Département d'Outre Mer, ou d'établissements de santé situés et agréés en France Métropolitaine ou dans un Département d'Outre Mer.**

La garantie d'assistance en déplacement est valable dans le monde entier.

Seules les dépenses médicales liées à des soins ayant débuté à compter de la date d'effet du contrat et durant la période garantie sont prises en charge. Les hospitalisations en cours au jour de la date d'effet du contrat ne peuvent donner lieu à aucun remboursement même après cette date. Le forfait journalier hospitalier et les frais qui ont fait l'objet d'une participation de votre Régime obligatoire sont néanmoins remboursés à hauteur de 100 % de la BRSS, à partir de la date d'effet du contrat.

Le cumul des remboursements du Régime obligatoire et du contrat Assurance Santé MMA ne peut jamais dépasser les dépenses réelles de l'assuré.

Si vous bénéficiez de garanties de même nature auprès de plusieurs organismes assureurs, vous pouvez obtenir le paiement de prestations en vous adressant à l'organisme de votre choix.

3. VOS GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Les dispositions du présent chapitre viennent préciser les conditions d'application de toutes les garanties.

Les garanties qui vous sont acquises sont celles qui apparaissent dans vos Conditions particulières. Leur niveau ou montant maximal d'indemnisation y est également indiqué.

Les plafonds évolutifs sur les soins et prothèses dentaires remboursées par le Régime obligatoire s'appliquent à tous les contrats quelle que soit la formule souscrite.

Les Bonus Conso Responsable s'appliquent si la garantie à laquelle ils se rapportent vous est acquise. Les taux indiqués s'entendent dans le cadre du parcours de soins coordonné. Ils comprennent les prestations du Régime obligatoire.

MMA calcule les prestations sur la base et selon les modalités d'application de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Si le montant maximal de remboursement par bénéficiaire et par année d'assurance est exprimé en euros et que vous n'avez pas atteint ce montant au cours de l'année d'assurance, le reliquat n'est pas reporté l'année suivante.

A - TABLEAUX DE GARANTIES

Voir pages suivantes.

B - DÉLAI D'ATTENTE

- **délai d'attente sur les niveaux 1 et 2: aucun délai d'attente n'est appliqué,**

- **délai d'attente sur les niveaux 3 et 4:**

Un délai d'attente s'applique pendant les 3 premiers mois suivant la date d'effet du contrat ou suivant l'adjonction d'un bénéficiaire.

Pendant ce délai d'attente les prestations hospitalisation, Dentaire, Optique sont remboursées à hauteur des garanties du niveau 2.

Si au cours du contrat, vous augmentez vos garanties vers un niveau 3 ou 4, dans une même formule ou dans une formule différente, les nouveaux montants des garanties hospitalisation, Dentaire, Optique ne s'appliqueront qu'à l'expiration d'un délai d'attente de 3 mois. Pendant ce délai d'attente, les prestations sont remboursées à hauteur de la garantie précédente.

Aucun **délai d'attente** n'est appliqué en cas d'adjonction d'un nouveau-né si ce dernier est enregistré comme **bénéficiaire** dans les 3 mois suivant sa naissance. L'adoption d'un enfant mineur est assimilée à une naissance.

Aucun **délai d'attente** n'est appliqué ni en cas de **maternité** ni en cas de soins ou d'**hospitalisation** suite à un **accident** survenu à compter de la date d'effet du contrat, du changement de niveau ou de l'adjonction de **bénéficiaire**.

Aucun **délai d'attente** n'est appliqué sur les équipements Optique et Dentaire du panier « 100 % santé ».

FORMULE ESSENTIELLE

LES GARANTIES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale ou maternité en établissements conventionnés⁽¹⁾⁽⁶⁾				
Honoraires hospitaliers ⁽⁶⁾	100 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Frais de séjour (hors chambre particulière)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (et frais de TV facturés au titre de l'hospitalisation, par journée d'hospitalisation)	-	80 €	100 €	150 €
HOSPITALISATION en psychiatrie ou en établissements non conventionnés⁽²⁾				
Honoraires hospitaliers	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Frais de séjour	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SOINS COURANTS⁽¹⁾⁽³⁾				
Honoraires médicaux (médecins généralistes et spécialistes, radiologie) ⁽⁶⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Honoraires paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmiers, auxiliaires médicaux)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Transport	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Médicaments prescrits remboursés par l'AMO	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Matériel médical (autre qu' aides auditives) ⁽⁴⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
DENTAIRE				
Remboursé par l'AMO⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁸⁾				
Soins dentaires (soins conservateurs et chirurgicaux, inlay-onlay)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Orthodontie	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Prothèses dentaires et soins prothétique à prise en charge libre	100 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Soins et prothèses dentaires 100 % santé**⁽⁹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
OPTIQUE⁽¹⁾⁽⁶⁾				
Lentilles prise en charge ou non par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	100 % BRSS	50 €	100 €	150 €
Lunettes à prise en charge libre hors réseau Partenaire MMA Santé*⁽⁵⁾				
- Lunettes verres simples	100 % BRSS	100 €	150 €	250 €
- Lunettes verres complexes	100 % BRSS	200 €	250 €	350 €
Lunettes à prise en charge libre dans le réseau Partenaire MMA Santé*⁽⁵⁾				
- Lunettes verres simples	100 % BRSS	100 €	150 €	250 €
- Lunettes verres complexes	100 % BRSS	200 €	250 €	350 €
- Lunettes verres simples avec Bonus Conso Responsable ⁽⁷⁾	-	200 €	300 €	350 €
- Lunettes verres complexes avec Bonus Conso Responsable ⁽⁷⁾	-	300 €	350 €	450 €
Équipements 100 % santé** (dont Offreclair)⁽¹⁾⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
AIDES AUDITIVES⁽¹⁾⁽¹⁰⁾				
Équipements à prise en charge libre ⁽¹¹⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Équipements 100 % santé** à partir du 1^{er} janvier 2021⁽¹²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
PRÉVENTION				
Prévention (prise en charge d'actes de prévention)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Vaccins prescrits non remboursés par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €
SERVICES (sauf clause particulière de refus)				
Tiers Payant, Télétransmission	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Accès aux services de GPS Santé au 09 69 39 60 65 (appel non surtaxé)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Assistance et accompagnement maladie grave	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

BRSS: Base de Remboursement de la Sécurité Sociale/AMO: Assurance Maladie Obligatoire/PLV: Prix Limites de Vente/SMR: Service Médical Rendu
 * Santéclair - SA au capital de 3 834 029 € immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977.

** Tels que définis réglementairement.

- Toutes les prestations complètent le remboursement de l'AMO dès lors que vous en aurez bénéficié, dans la limite des dépenses engagées. Les taux indiqués s'entendent dans le cadre du **parcours de soins coordonnés**. Ils comprennent les prestations de l'AMO.
- Nos remboursements sont limités au tarif retenu par la Sécurité sociale et au forfait journalier hospitalier pour les frais engagés dans un établissement non conventionné ou en cas d'**hospitalisation** psychiatrique.
- Sous déduction de la **participation forfaitaire**, des franchises et autres retenues opérées par la Sécurité sociale. Votre contrat ne rembourse pas en cas de non-respect du **parcours de soins coordonnés**, les dépassements d'honoraires autorisés pour les médecins et la baisse de remboursement de la Sécurité sociale.
- Des plafonds évolutifs s'appliquent selon les dispositions décrites dans les présentes **Conditions générales**.
- La garantie s'applique aux frais exposés pour un équipement donné, par période de **2 ans** à compter de la date d'acquisition du dernier équipement sauf exceptions décrites dans les présentes **Conditions générales**. La prise en charge d'une monture au sein d'un équipement est limitée à **100 €** pour les niveaux 1, 2 et 3 et à **150 €** pour le niveau 4 (remboursement de l'AMO inclus). Les termes « simples » et « complexes » sont définis aux présentes **Conditions générales**.
- Le taux de remboursement est majoré de 20 % de la BRSS pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des **Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée** lorsque la garantie prévoit un remboursement supérieur à 100 % de la BRSS. Il n'y a pas de majoration pour le niveau 4.
- Les bonus s'appliquent selon les dispositions décrites dans les présentes **Conditions générales**.
- Des **délais d'attente** s'appliquent selon les dispositions décrites dans les présentes **Conditions générales**.
- Selon le service rendu et les caractéristiques esthétiques, la garantie complète le remboursement de l'AMO à hauteur maximum des **Honoraires Limites de Facturation** applicables.
- La garantie s'applique aux frais d'**aides auditives** par oreille, par période de **4 ans** à compter de la date d'acquisition du dernier équipement.
- MMA complète le remboursement de l'AMO à hauteur du montant indiqué et dans la limite du plafond imposé par la réglementation (**1 700 €** par oreille, remboursement de l'AMO inclus).
- MMA complète le remboursement de l'AMO à hauteur des frais engagés, plafonnés aux **PLV** réglementés.
- MMA complète le remboursement de l'AMO à hauteur des frais engagés, plafonnés aux **PLV** réglementés, par période de **2 ans** à compter de la date d'acquisition du dernier équipement sauf exceptions décrites dans les présentes **Conditions générales**.

FORMULE FAMILLE

LES GARANTIES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale ou maternité en établissements conventionnés⁽¹⁾⁽⁶⁾				
Honoraires hospitaliers ⁽⁶⁾	100 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Frais de séjour (hors chambre particulière)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (et frais de TV facturés au titre de l'hospitalisation, par journée d'hospitalisation)	-	80 €	100 €	150 €
Lit d'accompagnant (par journée d'hospitalisation, limité à 15 jours par an)	-	20 €	30 €	40 €
Forfait nouveau-né	-	100 €	150 €	200 €
HOSPITALISATION en psychiatrie ou en établissements non conventionnés⁽²⁾				
Honoraires hospitaliers	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Frais de séjour	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SOINS COURANTS⁽¹⁾⁽³⁾				
Honoraires médicaux (médecins généralistes et spécialistes, radiologie) ⁽⁶⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Honoraires paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmiers, auxiliaires médicaux)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Transport	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Médicaments prescrits remboursés par l'AMO	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Médicaments prescrit non remboursés par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €
Automédication (par année d'assurance et par bénéficiaire) ⁽¹²⁾	50 €	50 €	50 €	50 €
Soins alternatifs (par année d'assurance et par bénéficiaire)	4 séances de 25 € max			
Matériel médical (autre qu' aides auditives) ⁽⁴⁾	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
DENTAIRE				
Remboursé par l'AMO⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾				
Soins dentaires (soins conservateurs et chirurgicaux, inlay-onlay)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Orthodontie	100 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Prothèses dentaires et soins prothétique à prise en charge libre	100 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Soins et prothèses dentaires 100 % santé**⁽⁹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Non remboursé par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)⁽⁶⁾				
Soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie	-	100 €	150 €	250 €
Soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie avec Bonus Conso responsable ⁽⁷⁾	-	200 €	300 €	500 €
OPTIQUE⁽¹⁾⁽⁶⁾				
Lentilles prise en charge ou non par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	100 % BRSS	50 €	100 €	150 €
Chirurgie réfractive de l'œil non remboursé par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	-	100 €	150 €	250 €
Lunettes à prise en charge libre hors réseau Partenaire MMA Santé*⁽⁵⁾				
- Lunettes verres simples	100 % BRSS	100 €	150 €	250 €
- Lunettes verres complexes	100 % BRSS	200 €	250 €	350 €
Lunettes à prise en charge libre dans le réseau Partenaire MMA Santé*⁽⁵⁾				
- Lunettes verres simples	100 % BRSS	100 €	150 €	250 €
- Lunettes verres complexes	100 % BRSS	200 €	250 €	350 €
- Lunettes verres simples avec Bonus Conso Responsable ⁽⁷⁾	-	200 €	300 €	350 €
- Lunettes verres complexes avec Bonus Conso Responsable ⁽⁷⁾	-	300 €	350 €	450 €
Équipements 100 % santé** (dont Offreclair)⁽¹⁴⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
AIDES AUDITIVES⁽¹⁾⁽¹⁰⁾				
Équipements à prise en charge libre ⁽¹¹⁾	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Équipements 100 % santé** à partir du 1^{er} janvier 2021⁽¹³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

LES GARANTIES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
PRÉVENTION				
Prévention (prise en charge d'actes de prévention)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Vaccins prescrits non remboursés par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €
Certificats médicaux : voyages, sport (par année d'assurance et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €
SERVICES (sauf clause particulière de refus)				
Tiers Payant, Télétransmission	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Accès aux services de GPS Santé au 09 69 39 60 65 (appel non surtaxé)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Assistance et accompagnement maladie grave	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

BRSS: Base de Remboursement de la Sécurité Sociale/AMO: Assurance Maladie Obligatoire/**PLV:** Prix Limites de Vente/**SMR:** Service Médical Rendu

* Santéclair - SA au capital de 3 834 029 € immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977.

** Tels que définis réglementairement.

- (1) Toutes les prestations complètent le remboursement de l'AMO dès lors que **vous** en aurez bénéficié, dans la limite des dépenses engagées. Les taux indiqués s'entendent dans le cadre du **parcours de soins coordonnés**. Ils comprennent les prestations de l'AMO.
- (2) Nos remboursements sont limités au tarif retenu par la Sécurité sociale et au forfait journalier hospitalier pour les frais engagés dans un établissement non conventionné ou en cas d'**hospitalisation** psychiatrique.
- (3) Sous déduction de la **participation forfaitaire**, des franchises et autres retenues opérées par la Sécurité sociale. Votre contrat ne rembourse pas en cas de non-respect du **parcours de soins coordonnés**, les dépassements d'honoraires autorisés pour les médecins et la baisse de remboursement de la Sécurité sociale.
- (4) Des plafonds évolutifs s'appliquent selon les dispositions décrites dans les présentes **Conditions générales**.
- (5) La garantie s'applique aux frais exposés pour un équipement donné, par période de **2 ans** à compter de la date d'acquisition du dernier équipement sauf exceptions décrites dans les présentes **Conditions générales**. La prise en charge d'une monture au sein d'un équipement est limitée à **100 €** pour les niveaux 1,2 et 3 et à **150 €** pour le niveau 4 (remboursement de l'AMO inclus). Les termes « simples » et « complexes » sont définis aux présentes **Conditions générales**.
- (6) Le taux de remboursement est majoré de 20 % de la BRSS pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des **Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée** lorsque la garantie prévoit un remboursement supérieur à 100 % de la BRSS. Il n'y a pas de majoration pour le niveau 4.
- (7) Les bonus s'appliquent selon les dispositions décrites dans les présentes **Conditions générales**.
- (8) Des **délais d'attente** s'appliquent selon les dispositions décrites dans les présentes **Conditions générales**.
- (9) Selon le service rendu et les caractéristiques esthétiques, la garantie complète le remboursement de l'AMO à hauteur maximum des **Honoraires Limites de Facturation** applicables.
- (10) La garantie s'applique aux frais d'**aides auditives** par oreille, par période de **4 ans** à compter de la date d'acquisition du dernier équipement.
- (11) MMA complète le remboursement de l'AMO à hauteur du montant indiqué et dans la limite du plafond imposé par la réglementation (**1 700 €** par oreille, remboursement de l'AMO inclus).
- (12) Médicaments délivrés en pharmacie dont la liste complète est disponible dans votre Espace Client sur www.mma.fr et auprès de votre agent général.
- (13) MMA complète le remboursement de l'AMO à hauteur des frais engagés, plafonnés aux **PLV** réglementés.
- (14) MMA complète le remboursement de l'AMO à hauteur des frais engagés, plafonnés aux **PLV** réglementés, par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement sauf exceptions décrites dans les présentes **Conditions générales**.

FORMULE CONFORT

LES GARANTIES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale ou maternité en établissements conventionnés⁽¹⁾⁽⁸⁾				
Honoraires hospitaliers ⁽⁶⁾	125 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Frais de séjour (hors chambre particulière)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (et frais de TV facturés au titre de l'hospitalisation, par journée d'hospitalisation)	-	80 €	100 €	150 €
HOSPITALISATION en psychiatrie ou en établissements non conventionnés⁽²⁾				
Honoraires hospitaliers	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Frais de séjour	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SOINS COURANTS⁽¹⁾⁽³⁾				
Honoraires médicaux (médecins généralistes et spécialistes, radiologie) ⁽⁶⁾	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Honoraires paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmiers, auxiliaires médicaux)	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Transport	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Médicaments prescrits remboursés par l'AMO	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Médicaments prescrit non remboursés par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €
Automédication (par année d'assurance et par bénéficiaire) ⁽¹²⁾	50 €	50 €	50 €	50 €
Soins alternatifs (par année d'assurance et par bénéficiaire)	4 séances de 25 € max			
Matériel médical (autre qu' aides auditives) ⁽⁴⁾	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Cures remboursées par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	-	100 €	200 €	300 €
DENTAIRE				
Remboursé par l'AMO⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁸⁾				
Soins dentaires (soins conservateurs et chirurgicaux, inlay-onlay)	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Orthodontie	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Prothèses dentaires et soins prothétique à prise en charge libre	100 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
+ Renfort Conseil Partenaire MMA Santé* sur prothèses dentaires à prise en charge libre	+ 25 %	+ 50 %	+ 50 %	+ 100 %
Soins et prothèses dentaires 100 % santé**⁽⁹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Non remboursé par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)⁽⁸⁾				
Soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie	-	150 €	200 €	300 €
Soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie avec Bonus Conso responsable ⁽⁷⁾	-	300 €	400 €	600 €
OPTIQUE⁽¹⁾⁽⁸⁾				
Lentilles prise en charge ou non par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	100 % BRSS	60 €	120 €	180 €
Chirurgie réfractive de l'œil non remboursé par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	50 €	150 €	200 €	300 €
Lunettes à prise en charge libre hors réseau Partenaire MMA Santé*⁽⁵⁾				
- Lunettes verres simples	100 % BRSS	100 €	150 €	250 €
- Lunettes verres complexes	100 % BRSS	200 €	250 €	350 €
Lunettes à prise en charge libre dans le réseau Partenaire MMA Santé*⁽⁵⁾				
- Lunettes verres simples	100 % BRSS	100 €	150 €	250 €
- Lunettes verres complexes	100 % BRSS	200 €	250 €	350 €
- Lunettes verres simples avec Bonus Conso Responsable ⁽⁷⁾	-	200 €	300 €	400 €
- Lunettes verres complexes avec Bonus Conso Responsable ⁽⁷⁾	-	300 €	400 €	550 €
Équipements 100 % santé** (dont Offreclair)⁽¹⁴⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
AIDES AUDITIVES⁽¹⁾⁽¹⁰⁾				
Équipements à prise en charge libre ⁽¹¹⁾	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Équipements 100 % santé** à partir du 1^{er} janvier 2021⁽¹³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

LES GARANTIES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
PRÉVENTION				
Prévention (prise en charge d'actes de prévention)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Vaccins prescrits non remboursés par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €
Certificats médicaux : voyages, sport (par année d'assurance et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €
SERVICES (sauf clause particulière de refus)				
Tiers Payant, Télétransmission	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Accès aux services de GPS Santé au 09 69 39 60 65 (appel non surtaxé)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Assistance et accompagnement maladie grave	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale/AMO : Assurance Maladie Obligatoire/**PLV :** Prix Limites de Vente/**SMR :** Service Médical Rendu

* Santéclair - SA au capital de 3 834 029 € immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977.

** Tels que définis réglementairement.

- (1) Toutes les prestations complètent le remboursement de l'AMO dès lors que **vous** en aurez bénéficié, dans la limite des dépenses engagées. Les taux indiqués s'entendent dans le cadre du **parcours de soins coordonnés**. Ils comprennent les prestations de l'AMO.
- (2) Nos remboursements sont limités au tarif retenu par la Sécurité sociale et au forfait journalier hospitalier pour les frais engagés dans un établissement non conventionné ou en cas d'**hospitalisation** psychiatrique.
- (3) Sous déduction de la **participation forfaitaire**, des franchises et autres retenues opérées par la Sécurité sociale. Votre contrat ne rembourse pas en cas de non-respect du **parcours de soins coordonnés**, les dépassements d'honoraires autorisés pour les médecins et la baisse de remboursement de la Sécurité sociale.
- (4) Des plafonds évolutifs s'appliquent selon les dispositions décrites dans les présentes **Conditions générales**.
- (5) La garantie s'applique aux frais exposés pour un équipement donné, par période de **2 ans** à compter de la date d'acquisition du dernier équipement sauf exceptions décrites dans les présentes **Conditions générales**. La prise en charge d'une monture au sein d'un équipement est limitée à **100 €** pour les niveaux 1, 2 et 3 et à **150 €** pour le niveau 4 (remboursement de l'AMO inclus). Les termes « simples » et « complexes » sont définis aux présentes **Conditions générales**.
- (6) Le taux de remboursement est majoré de 20 % de la BRSS pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des **Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée** lorsque la garantie prévoit un remboursement supérieur à 100 % de la BRSS. Il n'y a pas de majoration pour le niveau 4.
- (7) Les bonus s'appliquent selon les dispositions décrites dans les présentes **Conditions générales**.
- (8) Des **délais d'attente** s'appliquent selon les dispositions décrites dans les présentes **Conditions générales**.
- (9) Selon le service rendu et les caractéristiques esthétiques, la garantie complète le remboursement de l'AMO à hauteur maximum des **Honoraires Limites de Facturation** applicables.
- (10) La garantie s'applique aux frais d'**aides auditives** par oreille, par période de **4 ans** à compter de la date d'acquisition du dernier équipement.
- (11) MMA complète le remboursement de l'AMO à hauteur du montant indiqué et dans la limite du plafond imposé par la réglementation (**1 700 €** par oreille, remboursement de l'AMO inclus).
- (12) Médicaments délivrés en pharmacie dont la liste complète est disponible dans votre Espace Client sur www.mma.fr et auprès de votre agent général.
- (13) MMA complète le remboursement de l'AMO à hauteur des frais engagés, plafonnés aux **PLV** réglementés.
- (14) MMA complète le remboursement de l'AMO à hauteur des frais engagés, plafonnés aux **PLV** réglementés, par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement sauf exceptions décrites dans les présentes **Conditions générales**.

FORMULE SENIOR

LES GARANTIES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale ou maternité en établissements conventionnés⁽¹⁾⁽⁶⁾				
Honoraires hospitaliers ⁽⁶⁾	100 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Frais de séjour (hors chambre particulière)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (et frais de TV facturés au titre de l'hospitalisation, par journée d'hospitalisation)	-	80 €	100 €	150 €
Lit d'accompagnant (par journée d'hospitalisation, limité à 15 jours par an)	-	20 €	30 €	40 €
HOSPITALISATION en psychiatrie ou en établissements non conventionnés⁽²⁾				
Honoraires hospitaliers	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Frais de séjour	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SOINS COURANTS⁽¹⁾⁽³⁾				
Honoraires médicaux (médecins généralistes et spécialistes, radiologie) ⁽⁶⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Honoraires paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmiers, auxiliaires médicaux)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Transport	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Médicaments prescrits remboursés par l'AMO	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Médicaments prescrit non remboursés par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €
Automédication (par année d'assurance et par bénéficiaire) ⁽¹²⁾	50 €	50 €	50 €	50 €
Soins de pédicure-podologie non remboursé par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €
Soins alternatifs (par année d'assurance et par bénéficiaire)	4 séances de 25 € max			
Matériel médical (autre qu' aides auditives) ⁽⁴⁾	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Cures remboursées par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	-	100 €	200 €	300 €
DENTAIRE				
Remboursé par l'AMO⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾				
Soins dentaires (soins conservateurs et chirurgicaux, inlay-onlay)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Prothèses dentaires et soins prothétique à prise en charge libre	100 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Soins et prothèses dentaires 100 % santé**⁽⁹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Non remboursé par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)⁽⁶⁾				
Soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie	-	100 €	150 €	250 €
Soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie avec Bonus Conso responsable ⁽⁷⁾	-	200 €	300 €	500 €
OPTIQUE⁽¹⁾⁽⁶⁾				
Lentilles prise en charge ou non par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	40 €	60 €	120 €	180 €
Lunettes à prise en charge libre hors réseau Partenaire MMA Santé*⁽⁵⁾				
- Lunettes verres simples	50 €	100 €	150 €	250 €
- Lunettes verres complexes	200 €	200 €	250 €	350 €
Lunettes à prise en charge libre dans le réseau Partenaire MMA Santé*⁽⁵⁾				
- Lunettes verres simples	50 €	100 €	150 €	250 €
- Lunettes verres complexes	200 €	200 €	250 €	350 €
- Lunettes verres simples avec Bonus Conso Responsable ⁽⁷⁾	-	200 €	300 €	400 €
- Lunettes verres complexes avec Bonus Conso Responsable ⁽⁷⁾	-	300 €	400 €	550 €
Équipements 100 % santé** (dont Offreclair)⁽¹⁴⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
AIDES AUDITIVES⁽¹⁾⁽¹⁰⁾				
Équipements à prise en charge libre ⁽¹¹⁾	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Équipements 100 % santé** à partir du 1^{er} janvier 2021⁽¹³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

LES GARANTIES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
PRÉVENTION				
Prévention (prise en charge d'actes de prévention)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Vaccins prescrits non remboursés par l'AMO (par année d'assurance et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €
Certificats médicaux : voyages, sport (par année d'assurance et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €
SERVICES (sauf clause particulière de refus)				
Tiers Payant, Télétransmission	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Accès aux services de GPS Santé au 09 69 39 60 65 (appel non surtaxé)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Assistance et accompagnement maladie grave	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

BRSS: Base de Remboursement de la Sécurité Sociale/AMO: Assurance Maladie Obligatoire/**PLV:** Prix Limites de Vente/**SMR:** Service Médical Rendu

* Santclair - SA au capital de 3 834 029 € immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977.

** Tels que définis réglementairement.

- (1) Toutes les prestations complètent le remboursement de l'AMO dès lors que **vous** en aurez bénéficié, dans la limite des dépenses engagées. Les taux indiqués s'entendent dans le cadre du **parcours de soins coordonnés**. Ils comprennent les prestations de l'AMO.
- (2) Nos remboursements sont limités au tarif retenu par la Sécurité sociale et au forfait journalier hospitalier pour les frais engagés dans un établissement non conventionné ou en cas d'**hospitalisation** psychiatrique.
- (3) Sous déduction de la **participation forfaitaire**, des franchises et autres retenues opérées par la Sécurité sociale. Votre contrat ne rembourse pas en cas de non-respect du **parcours de soins coordonnés**, les dépassements d'honoraires autorisés pour les médecins et la baisse de remboursement de la Sécurité sociale.
- (4) Des plafonds évolutifs s'appliquent selon les dispositions décrites dans les présentes **Conditions générales**.
- (5) La garantie s'applique aux frais exposés pour un équipement donné, par période de **2 ans** à compter de la date d'acquisition du dernier équipement sauf exceptions décrites dans les présentes **Conditions générales**. La prise en charge d'une monture au sein d'un équipement est limitée à **100 €** pour les niveaux 1, 2 et 3 et à **150 €** pour le niveau 4 (remboursement de l'AMO inclus). Les termes « simples » et « complexes » sont définis aux présentes **Conditions générales**.
- (6) Le taux de remboursement est majoré de 20 % de la BRSS pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des **Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée** lorsque la garantie prévoit un remboursement supérieur à 100 % de la BRSS. Il n'y a pas de majoration pour le niveau 4.
- (7) Les bonus s'appliquent selon les dispositions décrites dans les présentes **Conditions générales**.
- (8) Des **délais d'attente** s'appliquent selon les dispositions décrites dans les présentes **Conditions générales**.
- (9) Selon le service rendu et les caractéristiques esthétiques, la garantie complète le remboursement de l'AMO à hauteur maximum des **Honoraires Limites de Facturation** applicables.
- (10) La garantie s'applique aux frais d'**aides auditives** par oreille, par période de **4 ans** à compter de la date d'acquisition du dernier équipement.
- (11) MMA complète le remboursement de l'AMO à hauteur du montant indiqué et dans la limite du plafond imposé par la réglementation (**1 700 €** par oreille, remboursement de l'AMO inclus).
- (12) Médicaments délivrés en pharmacie dont la liste complète est disponible dans votre Espace Client sur www.mma.fr et auprès de votre agent général.
- (13) MMA complète le remboursement de l'AMO à hauteur des frais engagés, plafonnés aux **PLV** réglementés.
- (14) MMA complète le remboursement de l'AMO à hauteur des frais engagés, plafonnés aux **PLV** réglementés, par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement sauf exceptions décrites dans les présentes **Conditions générales**.

3.1 L'HOSPITALISATION MÉDICALE, L'INTERVENTION CHIRURGICALE ET LA MATERNITÉ

3.1.1 L'HOSPITALISATION NON PSYCHIATRIQUE EN ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

En cas d'hospitalisation en établissement ou service psychiatrique ou neuropsychiatrique, ou en établissement non conventionné : voir article 3.1.2.

Cette garantie **vous** rembourse en cas d'**hospitalisation** pour **accident**, **maternité** ou **maladie** non psychiatrique, ou d'intervention chirurgicale réalisée au cours d'une **hospitalisation**, médicalement prescrite et prise en charge par votre **Régime obligatoire** :

- **les honoraires hospitaliers** : il s'agit des frais des soins dispensés pendant une **hospitalisation**, une intervention chirurgicale ou une **hospitalisation à domicile**. La garantie complète le remboursement du **Régime obligatoire** dans la limite du taux indiqué aux **Conditions particulières**.
Les taux de remboursement indiqués dans les tableaux de garanties pour les niveaux 1, 2 et 3, sont majorés de 20 % de la **BRSS** pour les honoraires des médecins ayant adhéré l'un des **Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée** lorsque la garantie prévoit une prise en charge supérieure à 100 % de la **BRSS**.
- **les frais de séjour, hors chambre particulière et dépenses personnelles de confort en établissement conventionné** : la garantie indiquée aux **Conditions particulières** pour l'**hospitalisation** complète le remboursement du **Régime obligatoire** jusqu'à la dépense réellement engagée.
- **le forfait journalier hospitalier**,
- **la chambre particulière et les frais de télévision** facturés au titre de l'**hospitalisation**, dans la limite du montant indiqué aux **Conditions particulières**,
- **le lit d'accompagnant** facturé par l'établissement en cas d'**hospitalisation** de l'**assuré**, pendant **15 jours maximum par année d'assurance**, dans la limite du montant indiqué aux **Conditions particulières**.

3.1.2 L'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE OU EN ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ

Quelle que soit la **formule** choisie, MMA **vous** rembourse **en cas d'hospitalisation en établissement ou en service psychiatrique ou neuropsychiatrique** ou en établissement non conventionné prise en charge par votre **Régime obligatoire** :

- **les honoraires hospitaliers** : la garantie complète le remboursement du **Régime obligatoire dans la limite de 100 % de la BRSS**.
- **les frais de séjour, hors chambre particulière et dépenses personnelles de confort en établissement conventionné** : la garantie indiquée aux **Conditions particulières** pour l'**hospitalisation** complète le remboursement du **Régime obligatoire dans la limite de 100 % de la BRSS**.
- **le forfait journalier hospitalier**.

3.1.3. LE FORFAIT NOUVEAU-NÉ

Un forfait nouveau-né **vous** est versé **sous réserve que l'enfant soit désigné comme bénéficiaire à partir de la date de sa naissance**.

Un seul forfait nouveau-né est versé par enfant. En cas de naissance multiple, le forfait est versé pour chaque nouveau-né inscrit au contrat.

L'adoption d'un enfant mineur est assimilée à une naissance.

3.2. LES SOINS COURANTS

Cette garantie **vous** rembourse les frais ayant donné lieu préalablement à un remboursement de votre **Régime obligatoire** :

- **les honoraires médicaux** : les consultations, visites et autres actes médicaux des médecins généralistes et spécialistes y compris les actes de radiologie, ainsi que les déplacements et majorations prévus dans la **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale**. Les taux de remboursement indiqués dans les tableaux de garanties pour les niveaux 1, 2 et 3, sont majorés de 20 % de la **BRSS** pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des **Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée** lorsque la garantie prévoit une prise en charge supérieure à 100 % de la **BRSS**.
- **les honoraires paramédicaux** : les actes d'auxiliaire médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...),
- **les frais de transport**,
- **les analyses et examens de laboratoire**,
- **les soins dispensés et les honoraires engagés pendant une cure thermique**.

Les remboursements complètent ceux du **Régime obligatoire**, dans la limite du taux indiqué aux **Conditions particulières**.

Ils sont applicables aux soins et actes qui ne sont pas dispensés dans le cadre d'une **hospitalisation**.

3.3. LES MÉDICAMENTS ET LES AUTRES SOINS COURANTS

3.3.1. LES MÉDICAMENTS PRESCRITS MÉDICALEMENT ET REMBOURSÉS PARTIELLEMENT PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Cette garantie **vous** rembourse les médicaments prescrits médicalement qui ont préalablement donné lieu à une prise en charge par votre **Régime obligatoire**. Le remboursement complète celui du **Régime obligatoire** dans la limite de 100 % de la **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale**.

3.3.2. LES MÉDICAMENTS PRESCRITS MÉDICALEMENT NON REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Cette garantie **vous** rembourse les médicaments bénéficiant d'une Autorisation de Mise sur le Marché français (AMM), qui ne donnent lieu à aucun remboursement de votre **Régime obligatoire**, et qui ont fait l'objet d'une prescription médicale.

Le montant maximum de remboursement par **année d'assurance** et par **bénéficiaire** figure aux **Conditions particulières**.

3.3.3. L'AUTOMÉDICATION

Cette garantie **vous** rembourse certains médicaments définis par MMA et non remboursés par le **Régime obligatoire**. Ces médicaments doivent être légalement délivrés en officine ou sur le site internet de l'officine ou de la pharmacie centrale de l'hôpital. Le remboursement s'effectue sur la base des factures délivrées par la pharmacie. **Le remboursement ne peut pas dépasser le montant indiqué aux Conditions particulières, par bénéficiaire et par année d'assurance.**

La liste des médicaments qui peuvent être remboursés au titre de cette garantie au jour de l'achat est disponible auprès de votre **assureur** conseil et sur le site www.mma.fr.

3.3.4. LES SOINS DE PÉDICURIE ET DE PODOLOGIE NON REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Cette garantie **vous** rembourse les soins effectués par un pédicure-podologue diplômé.

Le montant maximum de remboursement par année d'assurance et par bénéficiaire figure aux Conditions particulières.

3.3.5. LES SOINS ALTERNATIFS

Cette garantie **vous** rembourse les actes et soins médicaux qui ne font l'objet d'aucun remboursement de votre **Régime obligatoire** et qui sont réalisés par les professionnels de la santé suivants, diplômés :

- masseurs-kinésithérapeutes,
- ergothérapeutes,
- ostéopathes,
- chiropracteurs.

Ces actes et soins sont remboursés dans la limite de 4 séances par **année d'assurance** et par **bénéficiaire**. Chacune de ces 4 séances est prise en charge dans la limite du montant figurant aux **Conditions particulières**.

3.3.6. LE MATÉRIEL MÉDICAL AUTRE QU'AIDES AUDITIVES

3.3.6.1 LA GARANTIE

Cette garantie **vous** rembourse le **matériel médical** et prothèses (autres que prothèses auditives) prescrits médicalement et qui ont préalablement donné lieu à une prise en charge par votre **Régime obligatoire**.

Le remboursement complète celui du **Régime obligatoire** dans la limite du taux indiqué aux **Conditions particulières**.

3.3.6.2 LES PLAFONDS ÉVOLUTIFS

Quels que soient la formule et le niveau souscrits, l'ensemble des remboursements du matériel médical ne peut excéder par bénéficiaire :

- **1 000 € la 1^{re} année d'assurance,**
- **1 000 € la 2^e année d'assurance,**
- **1 500 € la 3^e année d'assurance.**

Ces plafonds disparaissent à compter de la 4^e **année d'assurance** sauf si **vous** optez pour un niveau de **formule** supérieur à celui en vigueur. Dans ce cas :

- si le changement de niveau intervient au cours des 3 premières **années d'assurance** : le plafond en vigueur est reconduit pour une nouvelle période, allant jusqu'à la fin **de l'année d'assurance suivante**, puis il continue d'évoluer normalement.
- si le changement de niveau intervient à partir de la 4^e **année d'assurance**, le plafond de 1 500 € s'applique pendant une **année d'assurance** à compter de la date d'effet du changement.

Si l'ensemble des remboursements du **matériel médical** sur une période atteint le plafond applicable, la garantie rembourse ensuite les frais ayant donné lieu à remboursement préalable de votre **Régime obligatoire** dans la limite de 100 % de la **BRSS**.

Le plafond applicable est le même pour tous les **bénéficiaires** du contrat. Une fois par an, MMA **vous** communique le montant de votre plafond applicable à votre **échéance anniversaire**. **Vous** pouvez également le demander à votre **assureur conseil**.

3.3.7. LES CURES THERMALES

Cette garantie **vous** rembourse les **frais de séjour** et de transport liés à des cures thermales prescrites médicalement qui ont préalablement donné lieu à une prise en charge par votre **Régime obligatoire**.

Le montant maximum de remboursement par année d'assurance et par bénéficiaire figure aux Conditions particulières.

3.4. LES SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

3.4.1. LES SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Cette garantie **vous** rembourse les frais ayant donné lieu préalablement à un remboursement de votre **Régime obligatoire** :

- **Les soins** : les soins dentaires, **les inlays-onlays**,
- **L'orthodontie**,
- **Les prothèses dentaires à prise en charge libre** : les couronnes définitives et bridges, les prothèses amovibles définitives, les autres prothèses (exemple: **inlays-cores**), les implants,
- **Les soins et prothèses dentaires 100 % santé**.

Le remboursement du dentaire à prise en charge libre complète celui du Régime obligatoire dans la limite du taux indiqué aux Conditions particulières.

MMA rembourse intégralement, en complément du **Régime obligatoire**, les frais de soins et prothèses dentaires 100 % santé définis réglementairement en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques (types de prothèse, position de la dent, matériau utilisé), à hauteur des **Honoraires Limites de Facturation** réglementés.

3.4.2. LE RENFORT CONSEIL PARTENAIRE MMA SANTÉ SUR PROTHÈSES DENTAIRES

Le renfort **vous** permet d'augmenter la prise en charge pour les prothèses dentaires à prise en charge libre qui ont fait l'objet d'une évaluation préalable par le **Partenaire MMA Santé**.

Le taux maximal de prise en charge supplémentaire figure aux **Conditions particulières**.

3.4.3. LES PLAFONDS ÉVOLUTIFS

Quels que soient la **formule** et le **niveau** souscrits, l'ensemble des remboursements MMA sur le dentaire remboursés par le **Régime obligatoire** y compris le Renfort conseil **Partenaire MMA Santé** sur prothèses dentaires à prise en charge libre, ne peut excéder par **bénéficiaire** :

- 1 000 € la 1^{re} **année d'assurance**,
- 1 000 € la 2^e **année d'assurance**,
- 1 500 € la 3^e **année d'assurance**.

Ces plafonds disparaissent à compter de la 4^e **année d'assurance** sauf si **vous** optez pour un **niveau de formule supérieur à celui en vigueur**. Dans ce cas :

- si le changement de niveau intervient au cours des 3 premières **années d'assurance** : le plafond en vigueur est reconduit pour une nouvelle période, allant jusqu'à la fin d'une **année d'assurance**, puis il continue d'évoluer normalement.
- si le changement de niveau intervient à partir de la 4^e **année d'assurance**, le plafond de 1 500 € s'applique pendant une **année d'assurance** à compter de la date d'effet du changement.

Si l'ensemble des remboursements dentaires sur une période atteint le plafond applicable, la garantie rembourse ensuite :

- les frais de soins et de prothèse à prise en charge libre ayant donné lieu à remboursement préalable de votre **Régime obligatoire** dans la limite de 100 % de la **BRSS**,
- intégralement les frais de soins et prothèses dentaires 100 % santé ayant donné lieu à remboursement préalable de votre **Régime obligatoire** à hauteur des **Honoraires Limites de Facturation**.

Le plafond applicable est le même pour tous les **bénéficiaires** du contrat. Une fois par an, MMA **vous** communique le montant de votre plafond applicable à votre **échéance anniversaire**. **Vous** pouvez également le demander à votre **assureur conseil**.

3.4.4. LES SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES, ORTHODONTIE ET PARODONTOLOGIE NON REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Cette garantie **vous** rembourse :

- les frais de soins dentaires,
- l'orthodontie,
- les prothèses dentaires (par exemple un implant dentaire),
- la parodontologie,

qui ne font l'objet d'aucun remboursement de votre **Régime obligatoire**.

Le montant maximum de remboursement par **année d'assurance** et par **bénéficiaire** figure aux **Conditions particulières**.

Le Bonus Conso Responsable

Si aucune prestation ne lui a été versée au titre de cette garantie « soins et prothèses dentaires, orthodontie et parodontologie » pendant 3 années d'assurance consécutives, chaque **bénéficiaire** peut bénéficier l'année suivante d'un Bonus Conso Responsable.

Le montant de cette garantie comprenant le Bonus Conso Responsable est indiqué dans le tableau de garanties. Ce Bonus Conso Responsable aboutit à un doublement du montant garanti figurant aux **Conditions particulières** si la garantie n'intervient pas pendant 3 années d'assurance de suite.

En cas de versement de prestations au titre de cette garantie, le Bonus Conso responsable n'est plus dû et une nouvelle période de 3 années d'assurance commence. Ce Bonus Conso Responsable est calculé pour chaque **bénéficiaire**. MMA **vous** communique le montant de votre Bonus Conso Responsable une fois par an. **Vous** pouvez également le demander à votre **assureur conseil**.

* Santéclair.

3.5. L'OPTIQUE

3.5.1. LES LUNETTES ET LENTILLES PRESCRITES MÉDICALEMENT

Cette garantie **vous** rembourse :

- **les équipements à prise en charge libre**, médicalement prescrits. Il s'agit des lunettes composées de 2 verres correcteurs et d'une monture. Le montant maximum de remboursement est indiqué au tableau de garantie. Il inclut les verres et les montures.

Les remboursements effectués par le **Régime obligatoire** sont inclus dans les forfaits exprimés en euros.

Pour les niveaux 1, 2 et 3, la prise en charge d'une monture au sein d'un équipement ne peut jamais excéder 100 € (remboursement du **Régime obligatoire** inclus).

Pour les niveaux 4, la prise en charge d'une monture au sein d'un équipement ne peut jamais excéder 150 € (remboursement du **Régime obligatoire** inclus).

Une prestation d'adaptation visuelle associée à un **équipement à prise en charge libre** est remboursée à hauteur du **ticket modérateur**.

Le montant maximum de remboursement des lunettes diffère selon que l'achat est effectué auprès d'un opticien du réseau du **Partenaire MMA Santé** ou non et selon le type de verre. Un équipement comportant un verre simple et un verre complexe est remboursé à hauteur du montant maximum figurant au tableau de garanties pour des verres complexes.

Les verres simples sont réglementairement définis de la façon suivante :

- verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6.00 dioptries +6.00 dioptries,
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 dioptries et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries,
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère+cylindre est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

Tous les autres verres sont regroupés sous l'appellation verres complexes.

Un équipement comportant un verre simple et un verre complexe est remboursé à hauteur du montant maximum figurant au tableau de garanties pour des verres complexes.

La prestation prévue pour les adultes s'applique si l'achat de lunettes est effectué à partir du 18^e anniversaire de l'**assuré**.

- **Les équipements 100 % santé**. MMA complète le remboursement du **Régime Obligatoire** à hauteur des frais engagés, plafonnés aux Prix Limites de Vente réglementés.

La garantie inclut également les équipements Offreclair, sélection d'équipements proposés par les opticiens du réseau **Partenaire MMA santé**.

- Les frais de **lentilles correctrices**, médicalement prescrits. Le montant maximal de remboursement exprimé en euros est indiqué pour une **année d'assurance**. Il peut se cumuler avec un remboursement de lunettes.

Pour les **équipements à prise en charge libre** et pour les **équipements « 100 % Santé »**, les montants maximum de remboursement sont limités à un équipement (2 verres correcteurs et 1 monture) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement pour les adultes et les enfants de plus de 16 ans.

Pour les enfants âgés de moins de 16 ans, l'équipement peut être renouvelé par période d'un an à compter de la date d'acquisition du dernier équipement. Des cas de renouvellement anticipé sont prévus à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale.

3.5.2. LA CHIRURGIE RÉFRACTIVE DE L'ŒIL

Cette garantie **vous** rembourse les frais de chirurgie réfractive de l'œil effectuée par un praticien habilité et qui ne font l'objet d'aucun remboursement de votre **Régime obligatoire**.

Le montant maximum de remboursement par **année d'assurance** et par **bénéficiaire** figure aux **Conditions particulières**.

3.5.3. LE BONUS CONSO RESPONSABLE SUR LES NIVEAUX 2, 3 ET 4

Si aucune prestation ne lui a été versée pour un équipement à prise en charge libre et /ou équipement 100 % santé pendant 3 années d'assurance consécutives, chaque **bénéficiaire** peut bénéficier l'année suivante d'un bonus sur les lunettes avec verres simples ou verres complexes achetées chez un opticien du réseau du **Partenaire MMA Santé**.

En cas de versement de prestations pour un équipement à prise en charge libre et /ou équipement 100 % santé, le Bonus Conso Responsable n'est plus dû et une nouvelle période de 3 années d'assurance commence.

Le montant de la garantie comprenant ce Bonus Conso Responsable est indiqué dans le tableau de garanties.

Ce Bonus Conso Responsable est calculé pour chaque **bénéficiaire**.

Il ne s'applique :

- ni sur les équipements 100 % Santé (dont Offreclair),
- ni sur les frais de lentilles.

MMA vous communique une fois par an le montant de votre garantie pour des lunettes achetées dans le réseau **Partenaire MMA Santé**, incluant le Bonus Conso Responsable si vous y avez droit. Vous pouvez également le demander à votre **assureur conseil**.

3.6. LES AIDES AUDITIVES

La garantie rembourse :

- les **équipements à prise en charge libre**,
- les **équipements 100 % santé** à partir du 1^{er} janvier 2021.

Elle s'applique aux frais d'**aides auditives** par oreille y compris les piles et accessoires, par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement.

Pour les **équipements à prise en charge libre**, MMA complète le remboursement du **Régime obligatoire** à hauteur du montant indiqué dans vos **Conditions particulières** et dans la limite du plafond imposé par la réglementation (1 700 € par oreille, remboursement du **Régime obligatoire** inclus).

Pour les **équipements 100 % santé**, MMA complète le remboursement du **Régime obligatoire** à hauteur des frais engagés, plafonnés aux Prix Limites de Vente réglementés.

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille séparément.

3.7. LA PRÉVENTION

3.7.1. LES ACTES DE PRÉVENTION

Quelle que soit la **formule** que **vous** avez souscrite, **vous** bénéficiez de la prise en charge des actes de prévention à hauteur de 100 % de la **Base de Remboursement de la Sécurité sociale**. Cette prise en charge intervient dans la mesure où votre **Régime obligatoire** est préalablement intervenu.

3.7.2. LES VACCINS PRESCRITS MÉDICALEMENT NON REMBOURSÉS PAR VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE

Cette garantie **vous** rembourse les vaccins et rappels médicalement prescrits et les honoraires liés à leur administration, non remboursés par votre **Régime obligatoire**.

Il s'agit par exemple des vaccins suivants :

- vaccin anti-grippe,
- vaccins pour les voyages à l'étranger.

Le montant maximum de remboursement par année d'assurance et par bénéficiaire figure aux Conditions particulières.

3.7.3. LES CERTIFICATS MÉDICAUX

Cette garantie **vous** rembourse les frais d'établissement de certificats médicaux d'aptitude à la pratique d'un sport ou à un voyage établis par un professionnel de santé habilité et qui n'ont donné lieu à aucun remboursement préalable de votre **Régime obligatoire**.

Le montant maximum de remboursement par année d'assurance et par bénéficiaire figure aux Conditions particulières.

4. CE QUE VOTRE CONTRAT NE GARANTIT PAS

4.1. FRAIS EXCLUS DE TOUT REMBOURSEMENT PAR MMA

En plus des exclusions éventuelles prévues pour chaque garantie, votre contrat Assurance Santé MMA ne rembourse pas les frais résultant :

- des séjours en établissement pour personnes âgées,
- des séjours en unité de long séjour,
- des séjours en centre de rééducation professionnelle,
- des séjours en établissements sociaux et médico-sociaux (tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées).

4.2. FRAIS PARTIELLEMENT EXCLUS DES REMBOURSEMENTS MMA

Votre contrat Assurance Santé MMA ne couvre pas :

- les dommages occasionnés par la guerre,
- les dommages d'origine nucléaire et les dommages causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf traitements médicaux),
- les dépenses médicales pour les personnes résidant hors de France Métropolitaine ou d'un Département d'Outre-Mer,
- les suites et conséquences des actes intentionnels de l'assuré,
- le sport pratiqué à titre professionnel,
- la participation à des courses de vitesse, d'une compétition ou de ses essais avec un véhicule terrestre, nautique ou aérien à moteur, ou comportant l'utilisation d'animaux,
- les phénomènes naturels à caractère catastrophique,
- les cures de rajeunissement, les soins, traitements et opérations esthétiques non justifiés médicalement et leurs conséquences,
- les frais relatifs à la désintoxication alcoolique ou pour toxicomanie.

Les frais dont la prise en charge est imposée par la réglementation sur les **contrats responsables** sont cependant remboursés dans tous les cas.

4.3. EXCLUSIONS DU RÉGIME OBLIGATOIRE

Votre contrat Santé MMA ne prend pas en charge :

- la **participation forfaitaire** restant à la charge des **assurés** pour certains actes médicaux et consultations de médecins,
- la **franchise médicale** opérée par le **Régime obligatoire** sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires,
- la diminution du remboursement du **Régime obligatoire** ni les dépassements d'honoraires appliqués, pour certains actes et consultations de médecins, spécifiquement aux **assurés** ne respectant pas le **parcours de soins coordonnés**.

4.4. APPLICATION

Le fait que des prestations aient été payées, même à plusieurs reprises, n'implique pas que MMA renonce tacitement à appliquer une restriction ou une exclusion prévue au contrat.

5. LES GARANTIES D'ASSISTANCE MMA SANTÉ

5.1. LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Objet

Les **assurés** bénéficient chacun des garanties exposées ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont liées aux garanties complémentaires Santé souscrites et suivent le même sort que ces dernières en matière de prise d'effet, de cotisation, de suspension ou de résiliation quel qu'en soit le motif.

Territorialité

Les garanties d'assistance au **domicile**, d'aide aux aidants et conseil santé par téléphone s'exercent en France Métropolitaine. Seules les garanties en déplacement s'appliquent dans le monde entier.

LEXIQUE ASSISTANCE

Pour les garanties d'assistance, les définitions retenues sont :

■ Aidant

Personne physique ayant la qualité d'**assuré**, qui assiste l'Aidé (un proche dépendant) dans la prise en charge de son état de dépendance, vivant ou non sous le même toit.

■ Aidé

Personne qui, par suite d'un **accident**, d'une **maladie** physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature, a un besoin **important, quotidien et régulier** d'assistance d'une tierce personne pour réaliser **3 actes essentiels de la vie quotidienne** (toilette, habillage, alimentation, transferts, déplacements à l'intérieur ou à l'extérieur du **domicile**) et médicalement dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque procurant gain et profit.

■ Conjoint

Le conjoint ou le compagnon en cas de concubinage notoire ou le partenaire dans le cadre d'un PACS.

■ Hospitalisation

Tout séjour d'une durée supérieure à 48 heures à caractère urgent et imprévisible dans un hôpital ou une clinique consécutif à une **maladie** non chronique ou à un **accident** corporel. **Sont considérées comme ayant un caractère imprévisible les hospitalisations programmées dans un délai de 15 jours à compter de la décision d'hospitalisation par le médecin habilité.**

Pour les garanties d'aide aux aidants, l'**hospitalisation d'urgence est une hospitalisation** dont la décision est prise dans les 48 heures suivant l'événement.

■ Immobilisation au domicile

L'état consécutif à une **maladie** soudaine ou un **accident** entraînant une incapacité à se déplacer pour plus de **4 jours**.

■ Invalidité

L'**assuré** est considéré comme invalide s'il est titulaire de la carte d'invalidité attribuée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

■ Maladie

Toute altération soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un **accident** corporel, ni un état physiologique.

■ Nouveau-né

Est considéré comme nouveau-né l'enfant de la naissance jusqu'à 28 jours.

■ Proches

Les ascendants et descendants, le conjoint, le frère, la sœur, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur de l'**assuré** ou à défaut un proche désigné par l'**assuré**.

■ Titre de transport

Un billet aller-retour en train première classe pour les trajets dont la durée est inférieure ou égale à 5 heures. Un billet d'avion classe touriste pour les trajets dont la durée est supérieure à 5 heures.

5.2. LES GARANTIES

5.2.1. LES GARANTIES AU DOMICILE SANS LIMITE D'ÂGE POUR LES ASSURÉS

• 5.2.1.1. EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 48 HEURES OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE PLUS DE 4 JOURS:

5.2.1.1.1 Aide-Ménagère à domicile :

Si **vous** êtes hospitalisé **de façon imprévue plus de 48 heures** ou immobilisé au **domicile plus de 4 jours**, MMA Assistance organise et prend en charge :

- la recherche d'une aide-ménagère dans la limite des disponibilités locales,
- les frais de sa prestation, en fonction de votre état de santé et de vos besoins (nombre habituel d'heures pour faire votre ménage), avec **un maximum de 2 heures par jour pendant 5 jours**.

La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, vaisselle, courses de proximité) au **domicile** du **bénéficiaire**.

La durée d'application de cette garantie sera déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'**assuré**, par le service médical de MMA Assistance.

5.2.1.1.2 Garde des enfants de moins de 15 ans :

Si **vous** êtes hospitalisé **de façon imprévue plus de 48 heures** ou immobilisé au **domicile plus de 4 jours**, MMA Assistance organise et prend en charge :

Soit :

- la recherche d'une personne pour garder à votre **domicile**, vos enfants âgés de moins de 15 ans,
- des frais de garde **pendant 5 jours**, à concurrence de **10 heures par jour**. À votre demande, la garde peut se poursuivre au-delà de ces 5 jours ; dans ce cas, les frais supplémentaires sont à votre charge.

Soit :

- un titre de transport pour le transfert aller et retour, de vos enfants de moins de 15 ans chez une personne de votre choix qui réside en France Métropolitaine.

Si aucun proche n'est disponible, MMA Assistance envoie une hôtesse pour emmener les enfants et les confier à la garde de la personne qui lui aura été désignée.

Soit :

- un titre de transport pour une personne de votre choix, qui réside en France Métropolitaine, afin qu'elle se rende à votre **domicile** pour prendre soin de vos proches, enfants de moins de 15 ans, handicapés ou autres personnes à votre charge.

• 5.2.1.2. EN CAS DE SÉJOUR DE MATERNITÉ DE PLUS DE 5 JOURS ET/OU DE NAISSANCE MULTIPLE:

5.2.1.2.1 Aide à domicile :

MMA Assistance recherche et missionne dans les meilleurs délais une aide à **domicile** et prend en charge les frais à concurrence de **2 heures par jour pendant 5 jours**.

5.2.1.2.2. En cas d'hospitalisation du nouveau-né

Si le nouveau-né est toujours hospitalisé après sa naissance alors que **vous** êtes revenue à votre **domicile**, alors MMA Assistance prend en charge une garde d'enfant de **5 heures par jour pendant 5 jours** si aucun proche ne peut s'occuper de vos autres enfants de moins de 15 ans. L'**assurée** pourra ainsi rendre visite à son bébé hospitalisé le temps de s'organiser.

• 5.2.1.3. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES AU SENS DE L'ARTICLE L 241-3 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE DES FAMILLES OU DÉPENDANTES AU SENS DE L'ARTICLE L 232-1 DU MÊME CODE ET TITULAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE, VIVANT HABITUELLEMENT AU FOYER :

Si **vous** êtes hospitalisé de façon urgente et imprévue et si aucun **de vos proches** ne peut assumer la garde des proches titulaires de la carte d'invalidité vivant habituellement au foyer, et qu'ils ne peuvent rester temporairement seuls, MMA Assistance **organise et prend en charge :**

- soit leur garde à concurrence de **10 heures par jour pendant 5 jours**,
- soit le titre de transport pour le transfert d'un proche résidant en France Métropolitaine pour garder les personnes handicapées ou dépendantes vivant à votre **domicile**.

• 5.2.1.4. GARDE DES CHIENS ET DES CHATS

Si **vous** êtes hospitalisé plus de **48 heures**, alors **MMA Assistance organise et prend en charge la garde des animaux de compagnie dans un établissement spécialisé ou leur entretien à domicile par un prestataire missionné par MMA Assistance**, sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires.

La prise en charge ne pourra excéder une période de 5 jours.

5.2.1.5. BILLET DE VISITE

Si aucun de vos proches ne réside à moins de 100 km du lieu d'**hospitalisation**, alors MMA Assistance organise et prend en charge la présence à votre chevet d'un proche résidant en France Métropolitaine. MMA Assistance met à disposition un titre de transport aller et retour.

MMA Assistance rembourse également les frais d'hôtel à concurrence de **80 € par nuit**, avec un **maximum de 3 nuits (dans la limite d'une prise en charge par hospitalisation)**. **Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.**

5.2.2. LES GARANTIES AU DOMICILE BÉNÉFICIAINT AUX ENFANTS SCOLARISÉS DE MOINS DE 15 ANS

• 5.2.2.1. GARDE DE L'ENFANT DE MOINS DE 15 ANS MALADE AU DOMICILE

Si votre enfant **assuré** est immobilisé à votre **domicile** suite à une **maladie** ou un **accident**, alors MMA Assistance :

- recherche une garde d'enfant malade pour garder à votre **domicile** l'enfant âgé de moins de 15 ans,
- prend en charge les frais de garde **pendant 5 jours**, à concurrence de **10 heures par jour**. Si **vous** le souhaitez, cette garde peut se poursuivre au-delà de ces 5 jours. Dans ce cas, les frais supplémentaires seront à votre charge.

Cette garde est effectuée et prise en charge pendant l'absence des parents.

• 5.2.2.2. L'ÉCOLE CONTINUE

MMA Assistance organise et prend en charge une aide pédagogique de l'enfant, du cours préparatoire jusqu'au baccalauréat, en cas d'**accident** ou de **maladie** entraînant une immobilisation à **domicile** ou à l'hôpital supérieure à 15 jours consécutifs de cours. Cette aide est fournie dans les matières principales à partir du **16^e jour d'immobilisation à domicile ou à l'hôpital** sans qu'il y ait reprise des cours (**15 heures par semaine maximum fractionnables à raison de 3 heures par jour, selon le calendrier scolaire et dans la limite des disponibilités locales**), **pendant une période d'une durée maximum de 12 semaines**. Le service cesse le dernier jour de l'année scolaire.

Il est demandé un certificat médical indiquant la nature de l'**accident** ou de la **maladie**, le fait que l'enfant ne peut se rendre dans son établissement scolaire et la durée présumée de l'immobilisation.

• 5.2.2.3. REMISE À NIVEAU SCOLAIRE LORS DE LA REPRISSE DES COURS

Suite à une absence scolaire de plus de **3 mois** de votre enfant, MMA Assistance prend en charge, à la reprise des cours, un certain nombre d'heures de cours de soutien scolaire dans les matières principales pour l'aider à préparer un **examen diplômant (baccalauréat, brevet des Collèges)** à passer à la fin de l'année scolaire. **Cette garantie ne peut s'appliquer que jusqu'au baccalauréat.**

Cette prestation est accordée pour une durée **de 6 semaines** (avec **un maximum de 6 heures par semaine**).

• 5.2.2.4. TRANSPORT DOMICILE ÉCOLE

Si, à la suite d'un **accident**, votre enfant est provisoirement handicapé et ne peut se rendre seul à l'école par ses propres moyens de transports habituels, **alors MMA Assistance organise et prend en charge le transport médicalement justifié, en véhicule sanitaire ou taxi, du domicile à son établissement scolaire, 2 fois par jour pendant 10 jours ouvrés maximum** avec un **plafond maximum de 300 €**, à compter du premier jour d'intervention.

5.2.3. LES GARANTIES AU DOMICILE BÉNÉFICIAINT AUX ASSURÉS DE PLUS DE 65 ANS

Si **vous** êtes âgé de plus de 65 ans et si **vous** vivez **seul** pendant votre convalescence après une **hospitalisation** de longue durée (supérieure à 15 jours), nous mettons gracieusement à votre disposition un appareil de **télé assistance** pendant une durée de **3 mois**. Au-delà de cette période, à votre demande et à votre charge, une prolongation à un tarif négocié peut être obtenue.

5.2.4. LE TRANSFERT DE L'HÔPITAL AU DOMICILE

À l'issue de votre **hospitalisation**, MMA Assistance organise et prend en charge votre transport si **vous** n'êtes pas en état de **vous** déplacer de l'hôpital à votre **domicile** dans les conditions normales (dans un rayon de **50 km** de votre **domicile**).

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements éventuels que **vous** aurez obtenus (ou vos ayants droit) auprès de la Sécurité sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel **vous** serez affilié.

En conséquence, **vous** vous engagez à effectuer toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de ces organismes et à nous verser toutes sommes perçues par **vous** à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par nos soins.

5.2.5. LES GARANTIES EN DÉPLACEMENT

• 5.2.5.1. ASSISTANCE MÉDICALE

En cas de **maladie** ou d'**accident**, l'équipe médicale de MMA Assistance se met, le cas échéant, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état du malade ou du blessé.

Dès que l'équipe médicale de MMA Assistance décide du transport de l'**assuré** vers le centre médical le plus proche du **domicile** en France Métropolitaine ou vers un centre mieux équipé ou plus spécialisé, MMA Assistance organise et prend en charge l'évacuation selon la gravité du cas par ambulance, chemin de fer, avion de ligne ou tout autre moyen adéquat.

• **5.2.5.2.** Si lors d'un déplacement, l'**assuré** est malade ou accidenté et que son état ou les circonstances l'exigent, MMA Assistance envoie une équipe médicale sur place, afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

• **5.2.5.3.** Les frais d'évacuation sur et hors piste de ski sont pris en charge jusqu'à **155 €** pour les **accidents** survenus en France. Les frais d'évacuation sur piste de ski sont pris en charge jusqu'à **155 €** pour les **accidents** survenus à l'étranger.

• 5.2.5.4. DISPOSITIONS COMMUNES

Lorsque nous prenons en charge votre transport, **vous** êtes tenu de restituer le billet de retour initialement prévu ou son remboursement à MMA Assistance.

Un médecin éventuellement commis devra avoir libre accès au dossier médical du patient, afin de réunir les éléments nécessaires à la décision et à l'organisation du transport sanitaire.

Sauf impossibilité démontrée, **vous** ou votre entourage devez nous contacter au plus tard dans les 3 jours de survenance de l'événement médical susceptible d'entraîner un rapatriement, faute de quoi, **vous** pourrez **vous** voir réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que ce manquement aura fait subir à MMA Assistance. **Aucun transfert ou rapatriement sanitaire ne pourra être pris en charge par l'assistance s'il n'a fait l'objet d'un accord préalable de la Direction Médicale de MMA Assistance.** Seules les autorités médicales de MMA Assistance sont habilitées à décider du rapatriement, du choix des moyens de transport et du lieu d'**hospitalisation** le plus adapté.

Votre refus non justifié des décisions peut entraîner la perte du droit à la garantie.

• 5.2.5.5. IMMOBILISATION À L'HÔTEL

Si **vous** ne pouvez entreprendre votre retour à la date initialement prévue à la suite d'une **maladie** ou d'un **accident** et **vous** avez subi de ce fait des frais de prolongation de séjour à l'hôtel, MMA Assistance prend ces frais en charge jusqu'à **80 € par jour, avec un maximum de 800 €** au total, ainsi que ceux de la personne demeurant à votre chevet pour un montant identique.

Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.

Vous devez obtenir l'accord au préalable du médecin de MMA Assistance pour retarder la date de votre retour.

• 5.2.5.6. MISE À DISPOSITION D'UN CHAUFFEUR

Si **vous** avez fait l'objet d'un transfert ou d'un rapatriement médical et que votre famille est restée sur place avec votre véhicule, sans pouvoir revenir au **domicile** par ses propres moyens, MMA Assistance envoie un chauffeur qualifié pour la ramener. MMA Assistance prend également en charge la rémunération ainsi que les frais de restauration et d'hôtel du chauffeur.

Il en va de même lorsque l'**assuré**, malade ou accidenté, n'est pas en état de conduire, mais peut voyager dans son véhicule selon l'appréciation du médecin de MMA Assistance.

L'intervention de MMA Assistance ne peut s'effectuer que si le véhicule est en parfait état de fonctionnement et ne présente pas d'anomalie en infraction au Code de la route. La consommation du véhicule, les frais de péage et de traversée par bateau ou par bac sont à votre charge.

• 5.2.5.7. RETOUR DES PERSONNES ACCOMPAGNANT L'ASSURÉ

Si **vous** avez fait l'objet d'un rapatriement médical, MMA Assistance fournit à la personne qui **vous** accompagnait dans son déplacement un titre de transport pour le retour à son **domicile** en France Métropolitaine.

Si **vous** êtes accompagné par des enfants et que votre état de santé ne **vous** permet plus de **vous** occuper d'eux, MMA Assistance fournit à un de vos proches un titre de transport pour chercher les enfants et les ramener à leur **domicile** en France Métropolitaine, ainsi que les titres de transport pour ceux-ci.

Si aucun proche n'est disponible, MMA Assistance envoie une hôtesse pour emmener les enfants et les confier à la garde de la personne qui lui aura été désignée.

• 5.2.5.8. TRANSPORT D'UN PROCHE

Lorsque **vous** voyagez seul et que votre état de santé ne **vous** permet pas un transport sanitaire, différant ainsi votre rapatriement de plus de 8 jours, MMA Assistance fournit à un de vos proches un titre de transport aller-retour pour se rendre à votre chevet.

MMA Assistance lui rembourse également ses frais d'hôtel sur place jusqu'à **80 € par nuit**, avec un **maximum de 400 €** pour la durée du séjour, les frais de restauration étant exclus.

• 5.2.5.9. RETOUR PRÉMATURÉ

Si, au cours d'un séjour ou d'un déplacement, **vous** êtes informé d'une **maladie** ou d'un **accident** grave, ou du décès de votre conjoint, concubin, enfant, père ou mère, frère ou sœur, MMA Assistance **vous** fournit un titre de transport pour **vous** rendre auprès de cette personne ou au lieu d'inhumation, en France Métropolitaine.

• 5.2.5.10. EN CAS DE DÉCÈS

MMA Assistance organise le rapatriement du corps de l'**assuré** jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine et prend en charge :

- les frais de transport, d'embaumement et les frais administratifs correspondants,
- les frais de cercueil standard conforme aux règlements internationaux pour permettre le transport,
- le retour en France Métropolitaine, de la personne qui l'accompagnait ainsi que de ses enfants dans le cas où les moyens initialement prévus ne peuvent être utilisés.

5.2.6. LES GARANTIES ADDITIONNELLES À L'ÉTRANGER

• 5.2.6.1. RECHERCHE DE MÉDICAMENTS À L'ÉTRANGER

Si **vous** suivez un traitement, ou à la demande d'un médecin local, MMA Assistance met tout en œuvre pour rechercher à l'étranger les médicaments équivalents à ceux prescrits en France et, en cas d'impossibilité, pour **vous** envoyer ces médicaments.

• 5.2.6.2. FRAIS DE SOINS À L'ÉTRANGER

5.2.6.2.1 MMA Assistance **vous** rembourse les frais médicaux, **au-delà de 30 €** pendant un déplacement ou un séjour à l'étranger, lorsqu'ils sont dus à un **accident** ou à une affection inopinée survenue au cours du voyage ou du séjour (cette franchise de 30 € ne s'applique pas en cas d'**hospitalisation**).

Les frais médicaux, qu'il s'agisse d'honoraires, de médicaments ou d'une **hospitalisation**, y compris les frais chirurgicaux, sont pris en charge jusqu'à **8000 € par voyage et par assuré (jusqu'à 12250 €** si les soins sont effectués aux États-Unis, au Canada ou au Japon).

Il **vous** suffit de fournir, à votre retour, les copies des factures, les décomptes originaux de votre organisme de Sécurité sociale et de votre garantie complémentaire.

Les soins doivent avoir été médicalement prescrits et l'**hospitalisation** être signalée dans les **48 heures**, sauf en cas de force majeure, telle que définie dans le Code civil.

L'équipe médicale de MMA Assistance est également à votre disposition pour **vous** venir en aide si **vous** êtes confronté à des difficultés pour consulter à l'étranger.

5.2.6.2.2 Sur votre demande et dans les mêmes limites, contre une reconnaissance de dettes signée, MMA Assistance peut régler les frais médicaux sur place pendant votre voyage ou votre séjour. À votre retour en France, **vous** reversez à MMA Assistance les prestations de votre organisme de Sécurité sociale et de votre garantie complémentaire relatives à ces frais.

• 5.2.6.3. AVANCE DE CAUTION PÉNALE À L'ÉTRANGER

Si **vous** êtes incarcéré ou menacé de l'être à la suite de poursuites pénales engagées contre **vous**, MMA Assistance fait l'avance de la caution pénale à concurrence de **8000 € TTC**.

MMA Assistance **vous** accorde pour le remboursement de cette somme, un délai de **3 mois**, à compter du jour de l'avance.

Si cette caution est remboursée avant ce délai, par les autorités du pays, elle devra aussitôt nous être restituée.

Si **vous** êtes cité devant un Tribunal et que **vous** ne **vous** présentez pas, nous exigerons immédiatement le remboursement de la caution que nous n'aurons pas pu récupérer du fait de votre non-présentation. Des poursuites judiciaires pourront être engagées si le remboursement de la caution n'est pas effectué dans le délai prévu.

MMA Assistance ne garantit pas les faits résultant du trafic de stupéfiants ou de drogues, crime, délit ou infraction d'ordre financier ou fiscal ainsi que votre participation à des manifestations politiques.

• 5.2.6.4. ASSISTANCE JURIDIQUE À L'ÉTRANGER

MMA Assistance rembourse les honoraires d'un avocat, à concurrence de **770 € TTC**, si **vous** faites l'objet de poursuites judiciaires pour infraction involontaire à la législation du pays dans lequel **vous** vous trouvez. **MMA Assistance ne garantit pas les faits résultant du trafic de stupéfiants ou de drogues, crime, délit ou infraction d'ordre financier ou fiscal ainsi que votre participation à des manifestations politiques.**

5.2.7. LES GARANTIES D'AIDE AUX AIDANTS

Les services sociaux et médicaux qui gèrent les prestations de conseil et d'aide sont disponibles du **lundi au vendredi de 9 h à 19 h, hors jours fériés.**

• 5.2.7.1. INFORMATION ET PRÉVENTION : CONSEIL SOCIAL

Au moment où l'**assuré** du contrat devient Aidant et pour l'accompagner dans son parcours, MMA Assistance propose, à sa demande, une évaluation par téléphone de sa situation, destinée principalement à le soutenir, dans la durée, de **façon personnalisée** dans ses démarches administratives et dans sa vie quotidienne. Selon les besoins qui auront été identifiés à l'issue de cet échange téléphonique, MMA Assistance enverra à l'Aidant un **livret personnalisé**, par courrier ou par mail, qui comprend les informations, conseils et adresses utiles pour l'accompagner au quotidien.

• 5.2.7.2. EN CAS D'URGENCE SUITE À L'HOSPITALISATION OU DÉCÈS DE L'AIDÉ

5.2.7.2.1 Présence de l'Aidant au chevet de l'Aidé :

Si l'Aidé est hospitalisé d'urgence pour une durée supérieure à 6 jours en milieu hospitalier par suite de **maladie** ou d'**accident**, MMA Assistance rembourse à l'Aidant ses frais d'hôtel sur place jusqu'à **65 €** par nuit, avec un maximum de 3 nuits pour la durée du séjour.

La garantie s'applique suite à une hospitalisation de l'Aidé à plus de 50 km du domicile de l'Aidant et dans la limite de 3 interventions par an.

Les frais de restauration et annexes ne sont pas pris en charge.

5.2.7.2.2 Garde des enfants ou petits-enfants de l'Aidant :

Au moment où l'Aidant est au chevet de l'Aidé, si aucun proche ne peut s'occuper de ses enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans restés au **domicile**, MMA Assistance organise et prends en charge leur garde à concurrence de **20 heures réparties sur 3 jours**. Cette aide maternelle pourra assurer la garde à son **domicile**. **Cette garantie s'applique dans la limite de 3 interventions par an.**

5.2.7.2.3 Transfert du corps de l'Aidé et avance de fonds

> Transfert du corps

Si, suite au décès de l'Aidé en dehors de son **domicile**, un transfert s'avère nécessaire vers une chambre funéraire, MMA Assistance organise et prend en charge les frais de transport à hauteur de **500 € TTC**. Cette garantie s'applique si le décès a lieu au-delà d'une franchise de **50 km** du **domicile** de l'Aidé.

> Avance de fonds

Suite au décès de l'Aidé, MMA Assistance peut faire une avance de fonds à l'Aidant, contre reconnaissance de dette, à concurrence d'un montant maximum de **500 €**, pour les premiers frais de nécessité.

Les frais avancés devront être remboursés dans un délai de 3 mois à compter du jour de l'avance.

5.2.7.2.4 Services de renseignements et d'informations en cas de décès :

MMA Assistance met à la disposition de l'Aidant un service « conseils et aides administratives » afin de l'accompagner dans ses démarches administratives (aides sociales, pensions de réversion,...) et le renseigner dans les domaines sociaux et juridiques, dans les 6 mois qui suivent le décès de l'Aidé.

5.2.7.2.5 L'aide à la reconversion professionnelle de l'Aidant :

Lorsque l'**assuré** a interrompu son activité professionnelle pour devenir Aidant et qu'il souhaite en reprendre une, MMA Assistance l'aide dans les démarches administratives liées à son reclassement professionnel auprès d'organismes spécialisés ou d'associations de services à la personne.

Des renseignements lui seront également communiqués sur la VAE (Validation des Acquis de l'Expérience) et sur les autres professions liées aux métiers des Services à la Personne.

5.2.7.2.6 Services d'aide :

Suite au décès de l'Aidé, MMA Assistance communique à l'Aidant les renseignements dont il a besoin pour l'aider à déménager (sociétés de déménagement ou de location de véhicules utilitaires) ou vendre le **domicile** de l'Aidé.

• 5.2.7.3. SOLUTIONS EN CAS DE BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT

Si l'Aidant ressent une grande fatigue et n'est plus en mesure d'assumer son rôle d'aidant, MMA Assistance lui propose les services suivants :

5.2.7.3.1 Si l'Aidé peut être maintenu au domicile :

> Recherche et mise en relation avec des prestataires agréés « Services à la personne » :

MMA Assistance met à disposition un service de renseignements destiné à rechercher et mettre en relation l'Aidant avec des prestataires agréés concernant les activités de « services à la personne » à son **domicile** (entretien de la maison et travaux ménagers, téléassistance, livraison des repas...)

Un conseiller répond aux questions de l'Aidant puis analyse ses besoins afin de lui proposer un choix de prestataires. Le conseiller lui précise le coût moyen de chaque prestation.

S'il est intéressé par une commande de prestation, il est mis en relation avec le prestataire retenu (ou en cas d'indisponibilité, il est contacté dans la demi-journée par ce prestataire).

Le coût de la prestation commandée est à la charge de l'Aidant.

MMA Assistance ne peut pas être tenue pour responsable de la qualité des travaux effectués par le prestataire contacté par l'Aidant.

> Informations sur les CESU :

MMA Assistance met à la disposition de l'Aidant, un service de renseignements sur l'utilisation des CESU (Chèques Emploi Service Universels).

> Aide à la recherche d'établissements de jour :

MMA Assistance recherche et communique les coordonnées des centres d'accueils de jour ou hôpitaux de jour qui peuvent être susceptibles d'accueillir temporairement l'Aidé, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

5.2.7.3.2 Si l'Aidé doit être placé en institution : Recherche d'établissements d'hébergements temporaires :

MMA Assistance évalue la situation de l'Aidé et indique à l'Aidant les coordonnées d'établissements spécialisés qui peuvent être susceptibles de l'accueillir à titre permanent ou temporaire, en fonction de son état de dépendance ou handicap.

La recherche tient compte des critères suivants : localisation et caractéristiques des établissements (EHPAD, résidences services, maisons de retraite...) correspondant au budget souhaité et besoins médicaux de l'aidé ainsi que les démarches à effectuer en cas d'admission.

MMA assistance ne s'engage aucunement sur l'aboutissement des demandes auprès des organismes conseillés.

• 5.2.7.4. INFORMATIONS ET CONSEILS MÉDICAUX ET VIE PRATIQUE. ACCOMPAGNEMENT DU PARCOURS DE L'AIDANT

Au moment où l'**assuré** du contrat devient Aidant et pour lui apprendre à mieux gérer la situation au quotidien et se préparer au rôle d'aidant, MMA Assistance propose les services suivants à sa demande :

> Prévention/Sensibilisation

L'équipe médicale dédiée de MMA Assistance communique à l'Aidant, par téléphone, des **informations d'ordre général** sur la pathologie de l'Aidé, ses conséquences et les traitements habituels.

> Informations d'ordre général sur la santé :

L'équipe médicale dédiée de MMA Assistance communique à l'Aidant, par téléphone, les bonnes pratiques et les règles hygiéno-diététiques notamment pour mieux prévenir les risques de dénutrition de l'Aidé, en fonction de son état de dépendance.

> Orientation vers des associations spécialisées et groupes de parole :

MMA Assistance, oriente et met en relation l'Aidant, avec des associations spécialisées et des groupes de parole pour éviter son isolement.

> Accompagnement social :

MMA Assistance apporte à l'Aidant des conseils pour comprendre les difficultés de l'Aidé, lui permettant de mieux accepter son rôle d'Aidant au quotidien.

Des informations lui seront également communiquées pour mieux connaître les divers congés permettant aux Aidants qui exercent une activité professionnelle, de se rendre disponible pour s'occuper de l'Aidé (congés de solidarité familiale, congés de soutien familial,...).

> Aménagement de l'habitat :

Afin de favoriser le maintien à **domicile** de l'Aidé et préserver sa qualité de vie, MMA Assistance peut mettre en relation l'Aidant avec un expert conseil qui sera à sa disposition dans les domaines suivants :

- conseils sur l'adaptation du logement,
- gestes à pratiquer auprès de l'Aidé,
- aide et conseil sur l'interprétation du devis des fournisseurs de matériels d'aide technique et des types de travaux proposés,
- renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, aménageurs de véhicules, associations, etc.

Les coûts engagés, hors recherche et organisation, ne sont pas pris en charge.

En aucun cas, MMA Assistance ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

5.2.8. CONSEILS SANTÉ PAR TÉLÉPHONE

Hormis les cas d'urgences médicales pour lesquelles seuls les services d'urgence officiels (SAMU, pompiers etc.) sont compétents, notre équipe de médecins **vous** communique, sur simple appel téléphonique (du lundi au vendredi, **de 9h00 à 19h00** et hors jours fériés), des renseignements relatifs à la santé dans les domaines suivants :

• 5.2.8.1. MATERNITÉ

MMA Assistance **vous** communique des renseignements relatifs à la santé dans les différentes étapes de votre **maternité** :

- > **La grossesse** (consultations obligatoires et examens à réaliser, échographies de suivi de la grossesse, différents tests préconisés ou obligatoires, risques liés au tabac et à l'alcool, précautions nutritionnelles, les activités physiques, **maladies** pendant la grossesse et médicaments contre-indiqués).
- > **L'accouchement** (déroulement et la surveillance du travail, péridurale, césarienne).
- > **Après l'accouchement** (rééducation, activités physiques à pratiquer, baby blues).
- > **L'arrivée de bébé** (soins à apporter au bébé, vaccinations et **maladies** infantiles, allaitement, alimentation et sommeil, évolution et développement du bébé).

• 5.2.8.2. ACCOMPAGNEMENT PRÉ-HOSPITALISATION

En cas de **maladie** découverte récemment, d'aggravation d'une **maladie** préexistante ou d'**accident**, notre équipe médicale **vous** renseigne sur la pathologie et ses éventuelles complications. Elle communique également des informations sur les orientations thérapeutiques préconisées habituellement par le corps médical et peut **vous** renseigner sur les établissements hospitaliers les plus proches comprenant les services spécialisés adaptés à la pathologie concernée.

• 5.2.8.3. ACCOMPAGNEMENT POST-HOSPITALISATION

- > **Après une opération chirurgicale**, notre équipe médicale **vous** informe sur les suites opératoires possibles, les préconisations recommandées et les complications éventuelles.
- > **Après une hospitalisation pour raison médicale**, notre équipe médicale :
 - informe sur l'évolution éventuelle de la **maladie**, ses principales complications possibles et les principaux effets secondaires des traitements,
 - renseigne sur les facteurs de risques cardiovasculaires et autres,
 - donne des conseils en matière de nutrition, de sevrage tabagique,
 - renseigne sur la **maladie** dans sa globalité, donner des conseils pour l'observance du traitement, aider à la compréhension des différentes thérapeutiques.

• 5.2.8.4. CHUTE

Pour les assurés de plus de 55 ans, l'équipe médicale de MMA Assistance :

- informe sur les suites postopératoires après une intervention chirurgicale suite à une fracture ou une autre lésion traumatique,
- informe sur la prévention afin d'éviter de nouvelles chutes (conseils pour se chausser, adaptation du **domicile**, éclairage, indications sur les bilans ophtalmologique, ORL et neurologique),
- rassure en cas de stress post-traumatique et aide à la reprise d'une vie normale,
- donne des conseils en matière de nutrition pour aider au renforcement musculaire et à une meilleure constitution osseuse,
- informe sur les activités physiques adaptées à l'état de santé et à l'âge,
- informe sur les besoins en kinésithérapie.

5.3. LA MISE EN JEU DES GARANTIES

Les prestations doivent être réalisées dans les 30 jours qui suivent l'**accident** ou à la sortie d'une **hospitalisation**.

Seules sont prises en charge les interventions ayant fait l'objet d'un accord préalable par téléphone par **MMA Assistance**. Un certificat médical indiquant la nature de la **maladie** ou de l'**accident** et la durée de votre immobilisation peut être demandé par le médecin qui suit votre dossier.

5.3.1. LES GARANTIES AU DOMICILE

Les services décrits ci-dessus sont des **services de première urgence** ayant pour vocation de pallier les problèmes d'organisation rencontrés dès lors que :

- **vous** êtes hospitalisé **plus de 48 heures**,
- votre séjour en **maternité** a été d'une durée supérieure à **5 jours**, ou en cas de naissance multiple,
- **vous** êtes immobilisé à votre **domicile plus de 4 jours**,
- votre enfant est malade,
- la scolarité de votre enfant est perturbée par une absence de **plus de 15 jours** pour cause de **maladie** ou d'**accident**, entraînant une immobilisation.

Les prestations interviennent en France Métropolitaine.

MMA Assistance intervient pour **7 événements maximum par année civile**. Plusieurs services peuvent être mis en œuvre au moment de l'intervention.

L'organisation et la mise en place de la **garde des enfants** et des **autres personnes** à charge, de la **garde des enfants malades**, de l'**aide ménagère** et de la **garde des animaux** peuvent nécessiter un délai de mise en place de **48 heures ouvrables**.

L'organisation de ces services peut avoir lieu de **8h00 à 20h45 hors dimanches et jours fériés** sauf pour la garantie « école continue » qui dépend du calendrier scolaire.

5.3.2. LES GARANTIES EN DÉPLACEMENT ET GARANTIES ADDITIONNELLES À L'ÉTRANGER

• 5.3.2.1. LIMITE DE RESPONSABILITÉ

Les décisions sont prises par MMA Assistance en considération de votre seul intérêt médical. Ses médecins se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec votre médecin traitant habituel, afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à votre état de santé.

Votre rapatriement est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle. Si **vous** refusez de suivre les décisions prises par son service médical, **vous** déchargeriez MMA Assistance de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perdriez tout droit à prestation et indemnisation de sa part.

MMA Assistance intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales et ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Les services ne sont garantis que pour des séjours à l'étranger d'une durée maximale de 90 jours consécutifs.

• 5.3.2.2. CONSEIL AUX VOYAGEURS MMA ASSISTANCE VOUS RECOMMANDE

Avant votre voyage de :

- vérifier que votre contrat **vous** couvre pour la destination et la durée de votre voyage ;
- **vous** renseigner sur les pièces d'identité obligatoires à l'entrée du pays visité (carte d'identité, passeport, visa), et sur les conditions sanitaires (vaccins) ; munissez-**vous** des justificatifs nécessaires ;
- **vous** procurer auprès de votre caisse d'assurance maladie les documents à emporter pour la prise en charge des frais médicaux pendant votre voyage : Carte Européenne d'assurance maladie ou formulaire spécifique, selon les pays.

Pendant votre voyage de :

- transporter vos médicaments dans vos bagages à main avec la prescription médicale afin d'éviter une interruption de traitement en cas de retard ou de perte de bagages ;
- conserver séparément les photocopies recto-verso de vos papiers d'identité et cartes de paiement. Ces photocopies **vous** seront utiles en cas de perte ou de vol.

En cas de **maladie** ou d'**accident**, **vous** devez contacter MMA Assistance ou la faire contacter par un tiers dès que possible.

La décision d'assistance appartient exclusivement aux médecins de la Direction Médicale de MMA Assistance, après contact avec le médecin traitant sur place et si nécessaire avec le médecin traitant habituel.

Seuls l'intérêt médical du **bénéficiaire** et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'**hospitalisation** éventuelle.

En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, nous **vous** informons que les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies, et susceptibles d'être modifiées sans préavis: examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie...

En cas de nécessité, MMA Assistance organise et prend en charge le transport par avion à la condition que les médecins ou les Compagnies aériennes ne s'y opposent pas.

5.3.3. L'AIDE AUX AIDANTS ET LES CONSEILS SANTÉ PAR TÉLÉPHONE

Les prestations sont propres à la garantie « d'aide aux aidants » et n'impliquent pas la prise en charge du sinistre au titre des autres garanties du contrat.

Tous les déplacements s'entendent en France Métropolitaine.

MMA Assistance se réserve le droit de demander les justificatifs nécessaires permettant de justifier le droit à la prestation (bulletin de situation, certificats de décès, factures,...).

Aucune ordonnance ne sera délivrée par l'équipe médicale de MMA Assistance. Les informations communiquées ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'une confirmation écrite.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne se substituent pas à une consultation effectuée par le médecin traitant. Ils sont donnés exclusivement sur la base des informations communiquées par téléphone par l'**assuré**. De ce fait, aucune étude sur pièce (dossier médical ou autre) ne peut être réalisée.

MMA Assistance s'engage à respecter et à faire respecter aux salariés et professionnels que MMA Assistance fait intervenir une stricte confidentialité des propos, quelle que soit la nature de l'acte. Celle-ci est la condition essentielle du contrat: elle garantit aux **assurés** une parfaite liberté d'expression et la sécurité indispensable à une prise en charge efficace.

Selon les cas, MMA Assistance peut avoir à se documenter ou effectuer des recherches, et **vous** rappeler afin de **vous** communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis le sont uniquement à titre informatif et la responsabilité de MMA Assistance ne peut en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte des informations transmises.

5.3.4. LES EXCLUSIONS

Les conséquences de certaines situations ou de certains événements sont exclues du champ d'application. Ce sont:

Dans tous les cas:

- les demandes de garanties non liées à un problème, une interrogation ou une préoccupation de santé, ou celles demandées au profit d'une personne non assurée,
- les demandes de garanties contraires aux réglementations en vigueur et celles susceptibles de mettre en danger les intervenants ou contraires à la déontologie de leur métier,
- les demandes de garanties conduisant à émettre un diagnostic, une prescription médicale, à s'immiscer dans ceux-ci, ou encore à se substituer aux services de secours,
- les frais engagés à l'initiative de l'**assuré**, de ses proches ou de ses représentants, s'ils choisissent une personne ou une société pour fournir une prestation prise en charge par les présentes garanties, sans l'accord préalable de l'équipe de MMA Assistance (sauf cas de force majeure),
- les fraudes, falsifications ou déclarations sciemment fausses. La garantie de l'**assuré** et des autres personnes assurées par la même adhésion cesse alors immédiatement, les prestations indues devant de plus être reversées par l'**assuré**,
- les conséquences d'un dommage intentionnellement commis par l'**assuré**,
- la participation à un crime ou délit,
- la pratique d'un sport professionnel dans le cadre d'une compétition officielle, organisée par une fédération sportive et pour laquelle une licence est délivrée,
- les recherches en montagne et les secours en mer,
- les séjours à l'étranger de plus de 90 jours consécutifs,

Dans les zones épidémiques, ne peuvent donner lieu à intervention :

- les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine,
- les états pathologiques résultant :
 - d'une **maladie** infectieuse contagieuse ou de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - d'une exposition à des substances chimiques type gaz de combat, incapacitants neurotoxiques (etc...) ou à effets toxiques rémanents,
 - d'une contamination par radio nucléides.

MMA Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux services de secours publics.

Pour l'assistance au **domicile** :

- les interventions, ou traitements d'ordre essentiellement esthétique,
- les **hospitalisations** à domicile, celles-ci n'étant pas assimilées à des **hospitalisations** pour l'application des garanties d'assistance.

Pour le rapatriement des personnes :

- les affections, fractures ou entorses bénignes et les lésions pouvant être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'**assuré** de poursuivre son voyage,
- sauf aggravation inopinée, les **maladies** chroniques ou en cours de traitement et les états de grossesse ayant donné lieu à une **hospitalisation** dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- les interruptions volontaires de grossesse,
- les états de convalescence non encore consolidés,
- les tentatives de suicide.

Pour les frais de soins à l'étranger (article 5.2.6.2.) :

- les frais engagés par un **assuré** qui désire se faire soigner à l'étranger,
- les frais relatifs à un traitement prescrit en France avant le départ de l'**assuré**,
- le diagnostic, la surveillance ou le traitement d'un état de grossesse ayant donné lieu à une **hospitalisation** dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- l'interruption volontaire de grossesse et ses suites éventuelles,
- sauf aggravation inopinée, les frais relatifs à une affection chronique ou mentale,
- les frais consécutifs à une tentative de suicide, à l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants non prescrits médicalement ou obtenus frauduleusement,
- les interventions ou traitements d'ordre essentiellement esthétique,
- les cures thermales,
- les frais de prothèses et appareillages.

Pour le rapatriement du corps :

- les frais qui ne sont pas indispensables au transport du corps.

Retards et inexécution des prestations

En matière d'information, de conseil, de proposition et d'organisation de solutions, MMA Assistance s'engage à mettre à votre disposition les moyens définis dans l'étendue des garanties concernées et ne peut être tenue à une obligation de résultat quant à leur mise en œuvre. Il en est de même pour l'**assureur**.

MMA Assistance ne peut être tenue pour responsable des retards de l'exécution des prestations ci-dessus, voire de leur inexécution en cas de :

- guerre civile ou étrangère,
- hostilités, représailles, conflits, saisies-arrêts, contraintes, mobilisations ou détentions par une autorité de droit ou de fait,
- réquisition des hommes et du matériel par les autorités de droit ou de fait,
- acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées,
- conflits sociaux : il s'agit par exemple de grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out,
- cataclysmes et catastrophes naturelles,
- effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyau d'atome ou de la radioactivité,
- ou par des cas de force majeure rendant impossible l'exécution de ces prestations, notamment les interdictions décidées par les autorités locales.

6. LA GARANTIE ACCOMPAGNEMENT MALADIE GRAVE

6.1. OBJET DE LA GARANTIE

MMA Assistance accompagne chaque **assuré** lorsqu'il apprend qu'il est atteint d'une **maladie** Grave.

Pour l'application de cette garantie, on entend par **maladies** graves les Affections de Longue Durée (ALD) comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, fixées par l'article D 322-1 du Code de la sécurité sociale à **l'exception du diabète et des maladies chroniques actives du foie et des cirrhoses**.

L'**assuré** devra demander la mise en œuvre des prestations et devra justifier de son état de santé, en adressant à MMA Assistance une copie du document « Protocole de soins » dûment rempli par le médecin traitant. Ce document devra être envoyé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil pôle Santé de MMA Assistance, BP 550, 92212 Saint-Cloud Cedex. La prise en charge des ALD intervient à partir de la réception du « Protocole de soins », **pendant une durée de 6 mois**.

MMA Assistance s'engage à garder la confidentialité de ce document. Pour assurer ce soutien, MMA Assistance :

- accorde des garanties d'accompagnement,
- prend en charge des prestations exécutées par des tiers choisies parmi celles présentées dans les articles 6.2.4. et 6.2.5.

La garantie accompagnement **maladie** grave est liée aux garanties complémentaires Santé souscrites et suit le même sort que ces dernières en matière de prise d'effet, de cotisation, de suspension ou de résiliation quel qu'en soit le motif.

6.2. LES GARANTIES D'ACCOMPAGNEMENT

6.2.1. L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

MMA Assistance :

- **informe sur :**
 - les prothèses et accessoires suite à un traitement de chimiothérapie (maquillage, prothèse mammaire, perruque, etc),
 - la recherche et la mise en relation avec une aide ménagère,
 - les indemnités journalières et la reprise du travail ;
- **oriente vers des structures ou associations** et vers les soins palliatifs ;
- **informe sur les hospitalisations à domicile (HAD) et renseigne sur** les aides dans cette situation.

6.2.2. L'AIDE À DOMICILE EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE OU RADIOTHÉRAPIE

Pour tout traitement entraînant des séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, dans une structure médicalisée, MMA Assistance met à votre disposition ou à celle de votre conjoint, une aide à **domicile** pendant les **2 jours** qui suivent votre retour à **domicile** à concurrence de **2 heures par jour**.

La garantie s'exerce à concurrence de 10 interventions ou 40 heures par année civile pour un même assuré.

6.2.3. L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

MMA Assistance intervient lorsque **vous, bénéficiaire/assuré**, êtes victime d'un traumatisme psychologique provoqué par une **maladie** grave.

• 6.2.3.1 L'ACCUEIL PSYCHOLOGIQUE

MMA Assistance met à votre disposition par un entretien téléphonique, une équipe de psychologues assistants destinés à **vous** apporter un soutien moral.

• 6.2.3.2 CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE

À l'issue de l'entretien téléphonique, si le psychologue assistant en pressent la nécessité, **vous** êtes orienté vers un psychologue clinicien, pour un entretien téléphonique d'une durée moyenne de 45 minutes.

MMA Assistance prend en charge le coût de cette consultation.

• 6.2.3.3 SUIVI PSYCHOLOGIQUE

À la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, **vous** pouvez bénéficier de **3 nouvelles consultations au maximum** effectuées :

- soit par téléphone auprès du même psychologue clinicien,
- soit au cabinet d'un des psychologues cliniciens agréés par MMA Assistance proche de votre **domicile** ou, sur demande, auprès d'un psychologue de votre choix.

MMA Assistance prend en charge le coût des consultations.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue de votre choix, MMA Assistance rembourse sur justificatif, **3 consultations maximum** dans la limite de **48 € par consultation**.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à votre charge.

• 6.2.3.4 EXCLUSIONS RELATIVES À L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE POUR CHACUNE DE CES PRESTATIONS, LA GARANTIE N'INTERVIENT PAS :

- pour tout suivi psychologique alors que **vous** êtes déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,
- dans le cadre d'une décompensation psychique grave nécessitant une **hospitalisation** en milieu spécialisé.

6.2.4. LES CONSEILS THÉRAPEUTIQUES

MMA Assistance propose la mise en relation avec des professionnels de la santé ci-dessous :

- un **ergothérapeute** pour l'aménagement de l'habitat,
- un **diététicien**,
- un **ostéopathe**.

6.2.5. L'AIDE AU MAINTIEN À DOMICILE

MMA Assistance intervient dans la recherche et l'organisation de services suite à une **hospitalisation** supérieure à 48 heures tels que les services répertoriés ci-dessous :

- **coiffure à domicile**,
- **soins de pédicurie**,
- **portage des repas et/ou portage des courses**,
- **informations sur les petits matériels** (perruques, protection pour les hommes atteints de la prostate ou des enfiles-bas pour les femmes, etc..),
- **toutes prestations qui apportent un « bien-être » de l'assuré (exemple : thalassothérapie)**, sous réserve de l'accord donné par MMA Assistance.

6.3. LA PRISE EN CHARGE DE PRESTATIONS

MMA Assistance prend en charge des prestations que l'**assuré** choisit parmi celles présentées aux articles 6.2.4. et 6.2.5. et exécutées par des tiers **dans la limite de 300 € par assuré et par maladie grave**.

Si l'**assuré** souhaite des services supplémentaires au-delà du montant accordé par MMA Assistance, alors les frais seront à sa charge.

6.4. LA MISE EN JEU DE LA GARANTIE

L'organisation des services peut avoir lieu **de 8h00 à 20h45 hors dimanches et jours fériés**.

6.4.1. MODALITÉS DE DÉCLARATION DE LA MALADIE GRAVE

Lorsque votre médecin a diagnostiqué une affection susceptible d'être reconnue en ALD par votre **Régime obligatoire**, il **vous** remet un formulaire: le Protocole de soins. Ce formulaire est envoyé à votre caisse d'assurance maladie.

Une fois validé par le médecin conseil de votre caisse d'assurance maladie, **vous** devez adresser à MMA Assistance une copie du volet qui **vous** est destiné.

Une seule maladie grave peut nous être déclarée à la fois.

6.4.2 DÉLAIS DE DÉCLARATION

La déclaration de **maladie** grave doit nous être faite dans les **6 mois** qui suivent la date d'effet du Protocole de soins.

Si l'**assuré** est atteint d'une nouvelle **maladie** grave, MMA Assistance intervient si la date d'effet du Protocole de soins de la nouvelle **maladie** grave est postérieure de 6 mois au moins par rapport à la date d'effet du Protocole de soins de la **maladie** grave antérieure.

6.4.3. PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS

MMA Assistance intervient en remboursement des factures présentées sous un délai de **6 mois à partir de la date d'effet du protocole de soins**.

6.4.4. EXCLUSIONS

Les conséquences de certaines situations ou de certains événements sont exclues du champ d'application de la garantie Accompagnement Maladie Grave. Ce sont :

- les demandes de garanties liées à des **maladie** graves diagnostiquées avant la date d'effet du contrat et les demandes liées à un renouvellement du protocole de soins,
- les demandes de garanties non liées à un problème, une interrogation ou une préoccupation de santé, ou celles demandées au profit d'une personne non assurée ;
- les demandes de garanties contraires aux réglementations en vigueur et celles susceptibles de mettre en danger les intervenants ou contraires à la déontologie de leur métier,
- les demandes de garanties conduisant à émettre un diagnostic, une prescription médicale, à s'immiscer dans ceux-ci, ou encore à se substituer aux services de secours,
- les frais engagés à l'initiative de l'**assuré**, de ses proches ou de ses représentants, s'ils choisissent une personne ou une société pour fournir une prestation prise en charge par les présentes garanties, sans l'accord préalable de l'équipe de MMA Assistance (sauf cas de force majeure),
- les fraudes, falsifications ou déclarations sciemment fausses. La garantie de l'**assuré** et des autres personnes assurées par la même adhésion cesse alors immédiatement, les prestations indues devant de plus être reversées par l'**assuré**,
- les conséquences d'un dommage intentionnellement commis par l'**assuré**,
- la participation à un crime ou délit,
- la pratique d'un sport professionnel dans le cadre d'une compétition officielle, organisée par une fédération sportive et pour laquelle une licence est délivrée.

7. LES SERVICES GPS SANTÉ

Un numéro d'appel unique,

 **N° Cristal 09 69 39 60 65**
APPEL NON SURTAXE

- pour répondre à toutes les questions que **vous** vous posez sur votre santé (réglementation, prévention, médicaments, orientation dans le système de soins,...) ou sur votre contrat (vos garanties, les modes de remboursement, les prestations versées ou en cours),
- pour mettre en place les services d'assistance dont **vous** avez besoin, depuis la France ou l'étranger,
- pour activer vos renforts « **Conseil Partenaire MMA Santé** » en prothèses dentaires,
- pour obtenir les adresses d'opticiens, de dentistes, d'implantologues, d'ostéopathes, de chiropracteurs, de diététiciennes, de centres de chirurgie réfractive, et d'audioprothésistes des réseaux du **Partenaire MMA Santé**,
- pour faire analyser vos devis, obtenir une prise en charge hospitalière, délivrer une attestation de tiers payant,
- pour **vous** soutenir dans l'annonce de l'atteinte par une **maladie** grave (garantie accompagnement **maladie** grave).

Si **vous** êtes sourd ou malentendant, **vous** pouvez communiquer avec MMA Assistance par SMS au 06 08 04 87 02.

8. LA VIE DU CONTRAT

8.1. LA PRISE D'EFFET ET LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT

8.1.1. LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT

La prise d'effet de votre contrat

Votre contrat ou votre avenant entre en vigueur à la date indiquée aux **Conditions particulières**.

La durée de votre contrat

Votre contrat est souscrit **pour une durée annuelle**. Il est reconduit automatiquement à chaque **échéance anniversaire** pour une durée d'1 an.

La durée de la reconduction automatique ne peut en aucun cas être supérieure à 1 an.

La garantie viagère

Votre contrat bénéficie d'une garantie viagère immédiate, c'est-à-dire que MMA ne peut pas le résilier **sauf pour non-paiement des cotisations ou en cas de fausse déclaration**.

8.1.2. LA RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

Vous avez la possibilité de résilier votre contrat chaque année à l'**échéance anniversaire** en adressant à votre Agent Général une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins 1 mois avant cette date.

Ce délai d'1 mois se compte à partir de la date d'envoi figurant sur le cachet de la poste de votre lettre recommandée ou à partir de la date d'expédition de l'envoi recommandé électronique.

Si **vous** changez de **Régime obligatoire**, **vous** avez la possibilité de résilier votre contrat dans les 3 mois suivant la date de l'événement, la résiliation prenant effet 1 mois après notification. MMA rembourse la partie de cotisation annuelle échue correspondant à la période postérieure à la résiliation :

- en cas de décès du **souscripteur** unique **bénéficiaire** du contrat,
- en cas de décès du **souscripteur**, **bénéficiaire** du contrat avec d'autres **assurés**,
- en cas de décès du **souscripteur**, non **bénéficiaire** du contrat.

Si le **souscripteur** était également **bénéficiaire** du contrat, la part de cotisation afférente au **souscripteur** sera remboursée au prorata et à compter du jour du décès de l'**assuré**.

8.2. LA COTISATION

8.2.1. LES ÉLÉMENTS DONT VOTRE COTISATION TIENT COMPTE

Votre cotisation d'assurance tient compte :

- de la **formule** souscrite, de son niveau et des clauses particulières,
- du nombre d'**assurés**,
- de l'âge de chacun de ces **assurés**,
- de leur **Régime obligatoire**,
- de l'adresse du **souscripteur**,
- des taxes applicables, susceptibles d'évolution.

Les actes de gestion, notamment le recouvrement de cotisation, ainsi que les modifications contractuelles à votre initiative peuvent donner lieu à la perception de frais. Ces frais sont dans ce cas mentionnés sur le document de recouvrement de la cotisation qui **vous** est adressé. **Vous** serez informé d'une modification de leur montant par ce document mais aussi éventuellement par tout autre moyen (site www.mma.fr, par courrier électronique ou par SMS).

8.2.2. L'ÉVOLUTION DE VOTRE COTISATION

La cotisation évolue à l'**échéance anniversaire** en fonction de l'âge atteint par chaque **assuré** et de l'évolution de la consommation globale des **assurés** des contrats Assurance Santé MMA.

La cotisation peut également évoluer en fonction d'une modification des modalités de calcul et des conditions d'attribution des prestations des **Régimes obligatoires**. Dans ce cas, votre nouvelle cotisation est applicable à compter de la première échéance qui suit cette évolution.

8.2.3. LES MODES DE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

Votre cotisation est payable d'avance, soit par prélèvement bancaire, soit par chèque envoyé au siège social de MMA ou remis à votre **Agent général**.

Vous pourrez éventuellement choisir un paiement fractionné. Chaque portion de cotisation sera alors payable à son échéance fixée aux **Conditions particulières**.

Le montant des frais de fractionnement et des frais de recouvrement applicables est fixé dans l'échéancier à la conclusion du contrat.

Les modifications du montant des frais de paiement fractionné et/ou de frais de recouvrement seront portés à votre connaissance par tout moyen (tel par exemple, dans l'avis d'échéance annuelle, sur le site www.mma.fr, par courrier électronique ou par SMS).

Vous vous engagez à communiquer tout changement de banque, d'adresse, de succursale, de compte et tout élément qui modifie les informations figurant sur le Relevé d'Identité Bancaire fourni.

Vous devez **vous** assurer de l'approvisionnement de votre compte bancaire. En cas de non respect de ces engagements, il pourra être mis fin aux prélèvements bancaires du ou des contrat(s) concerné(s).

Lors de l'arrêt du paiement par prélèvement bancaire pour non respect par **vous** de vos engagements, il **vous** est adressé une mise en demeure par lettre recommandée: la totalité des sommes restant dues au titre du ou des contrat(s) d'assurance jusqu'à l'**échéance anniversaire** devient immédiatement exigible.

8.2.4. LES CONSÉQUENCES DU NON-PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

À défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, MMA **vous** adresse une lettre recommandée de mise en demeure qui, sauf paiement de la cotisation entre-temps :

- suspend les garanties à l'expiration d'un délai de **30 jours**,
- résilie le contrat à l'expiration d'un délai supplémentaire de **10 jours**.

Lorsque la cotisation est payée en plusieurs fois, si **vous** ne réglez pas une fraction de la cotisation dans les **10 jours de son échéance**, **vous** devez immédiatement acquitter le solde de la cotisation annuelle. Même si le contrat est suspendu ou résilié pour non-paiement d'une cotisation, **vous devez payer les cotisations venant ultérieurement à échéance**.

vous supporterez les frais d'envoi de la lettre recommandée, fixés forfaitairement à la conclusion du contrat.

8.2.5. SOCIÉTÉ RECOUVRANTE

Vous reconnaissez être informé que la société MMA IARD, Société Anonyme au capital de 537 052 368 €, entreprise soumise au Code des assurances, RCS le Mans n° 440 048 882, dont le siège social est situé 14, boulevard Marie et Alexandre Oyon à Le Mans, est mandatée par une ou plusieurs des compagnies identifiées aux **Conditions générales** et/ou **particulières** pour recouvrer en leur nom et pour leur compte l'ensemble des sommes dues (cotisation, frais, pénalités) par **vous** au titre du contrat d'assurance souscrit.

8.3. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

8.3.1. POUR LES FRAIS AYANT DONNÉ LIEU À UN REMBOURSEMENT PRÉALABLE DE VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE

Procédure automatique (Télétransmission avec le **Régime obligatoire**) :

L'Assurance Santé MMA **vous** fait bénéficier de la transmission automatique des relevés de remboursement par le **Régime obligatoire** sous réserve d'accord avec ce dernier et sauf avis contraire de votre part.

Dans ce cas, vous n'avez aucun document à adresser à MMA.

Cette procédure ne peut fonctionner que si **vous** communiquez à votre **Agent Général** les données nécessaires à sa mise en place.

Procédure manuelle :

Si **vous** ne pouvez ou ne voulez pas bénéficier de cette transmission automatique des relevés de remboursement du **Régime obligatoire**, le règlement des prestations s'effectuera alors selon la procédure manuelle : **vous** devez envoyer l'**original du relevé de remboursement délivré** par votre **Régime obligatoire** à MMA PRESTATIONS Santé - TSA 93671 - 67978 Strasbourg Cedex 9. Pour le remboursement des frais d'optique lorsque la vue a évolué, **vous** devez envoyer à la même adresse la prescription médicale initiale et nouvelle ou la prescription initiale annotée par l'opticien.

8.3.2. POUR LES FRAIS DE SOINS QUE VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE NE REMBOURSE PAS ET QUI SONT SUSCEPTIBLES D'ÊTRE PRIS EN CHARGE PAR VOTRE CONTRAT

Vous devez envoyer à MMA les pièces suivantes en précisant sur les documents **votre numéro de contrat, ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire des prestations** :

- **les factures originales détaillées acquittées** justifiant des frais engagés ou les actes effectués et précisant les coordonnées et qualifications du professionnel de santé pour les soins dentaires ou d'optique, les soins alternatifs, les certificats médicaux et les soins de pédicurie-podologie non remboursés par le **Régime obligatoire**,
- **la prescription du médecin** pour le remboursement des frais d'optique, de médicaments et de vaccins,
- **le justificatif d'acceptation des cures** par le **Régime obligatoire** et les factures détaillées justifiant des frais engagés, pour le remboursement des frais de cure thermale,
- **la facture originale acquittée** avec indication des coordonnées de la pharmacie et le nom complet de chacun des produits achetés pour le remboursement des médicaments dans le cadre des garanties « automédication » et « médicaments prescrits médicalement »,
- **un extrait ou acte de naissance, ou une copie du livret de famille** pour bénéficier du forfait nouveau-né.

8.3.3. EN CAS D'HOSPITALISATION

Vous devez envoyer **les factures détaillées acquittées de l'hôpital ou de la clinique**, précisant les coordonnées de l'établissement ainsi que la spécialité du service dans lequel l'**hospitalisation** a eu lieu à :
MMA PRESTATIONS Santé - TSA 93671 - 67978 Strasbourg Cedex 9.

L'hôpital ou la clinique peut demander à MMA :

- de lui confirmer préalablement la prise en charge des **frais de séjour**,
- de lui régler directement la facture, dans la limite de la garantie souscrite.

Aucune confirmation préalable ni aucun règlement direct ne sont accordés pour les périodes suivant la suspension de garanties ou la résiliation du contrat.

8.3.4. LE TIERS PAYANT

Vous n'avancez pas vos frais médicaux auprès des professionnels de santé acceptant le tiers payant avec MMA, dans la limite de la base de remboursement retenu par votre **Régime obligatoire**.

Une attestation de vos droits à tiers payant **vous** est remise. Elle précise les professionnels de santé pour lesquels les droits sont ouverts et les **assurés** qui peuvent en bénéficier. Elle doit être présentée aux professionnels de santé. En cas de perte de votre attestation, **vous** devez faire une demande de renouvellement auprès de votre **Agent Général**.

Si votre contrat est résilié, **vous** devez impérativement **restituer votre attestation** à votre **Agent Général**.

En cas d'utilisation de votre attestation après la suspension des garanties ou la résiliation de votre contrat MMA se retournera vers vous pour exiger le remboursement des prestations indues.

8.3.5. LE DÉLAI POUR DEMANDER UN REMBOURSEMENT - LA PRESCRIPTION

Pour prétendre à un remboursement, **vous** devez impérativement adresser à MMA votre demande dans un délai de 2 ans suivant la date des soins.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où MMA en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ou qu'ils ont été dans l'impossibilité d'agir.

Quand votre action contre MMA a pour cause le recours d'un tiers (principalement dans le cadre de la recherche de votre responsabilité par un tiers), le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre **vous** ou a été indemnisé par **vous**.

Passé ce délai, il y a prescription : toute action dérivant du contrat d'assurance est éteinte. Le délai de prescription est interrompu :

- soit par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par MMA à votre dernier **domicile** connu en ce qui concerne le paiement de la cotisation, ou adressée par vos soins à MMA en ce qui concerne le règlement d'un sinistre,
- soit par désignation de l'expert à la suite d'un sinistre,

- soit par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
 - la reconnaissance par MMA de votre droit à bénéficiaire de la garantie contestée,
 - un acte d'exécution forcée (exemples : commandement de payer, saisie),
 - l'exercice d'une action en justice y compris en référé, devant une juridiction incompétente ou en cas d'annulation de l'acte de saisine pour vice de procédure. L'interruption dure alors jusqu'au terme de cette procédure, sauf carence des parties pendant 2 ans, désistement ou rejet définitif de la demande de celui qui agissait en justice.

L'interruption fait courir un nouveau délai de 2 ans.

Le délai de prescription est porté à 10 ans dans les contrats d'assurance contre les **accidents** atteignant les personnes, lorsque les **bénéficiaires** sont les ayants droit de l'**assuré** décédé.

Tout désaccord sur l'expiration ou l'interruption du délai de prescription peut être soumis aux juridictions compétentes.

8.3.6. L'EXPERTISE MÉDICALE

L'**assureur** se réserve le droit de demander à tout moment à l'**assuré** :

- tous justificatifs qui lui paraîtraient nécessaires afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- de se soumettre à un examen médical ayant pour objet de contrôler son état de santé, ainsi que les avis médicaux et pièces justificatives qu'il aura transmis et ce indépendamment des décisions prises par le **Régime obligatoire**.

L'**assuré** doit se soumettre à tout examen ou expertise médicale, transmettre au médecin délégué par l'**assureur**, toutes les pièces qui pourraient être nécessaires à la gestion ou l'exécution de leur affiliation. Lors de l'examen médical, l'**assuré** a la faculté de se faire assister par son médecin traitant, ou tout autre médecin de son choix.

À l'issue de cet examen, et en cas de désaccord entre le médecin de l'**assuré** et le médecin délégué par l'**assureur** sur l'appréciation de l'état de santé de l'**assuré**, les parties pourront choisir un tiers expert agissant en qualité d'arbitre, dans le cadre d'un protocole signé par l'**assureur** et l'**assuré**. Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du **domicile** de l'**assuré**. Les frais et honoraires du tiers expert seront dans tous les cas supportés par moitié par les deux parties.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise du troisième médecin revêt un caractère obligatoire pour les parties concernées. Conformément à cet avis, l'**assureur** peut être amené à reprendre le versement des Prestations relatives aux soins ayant fait l'objet de la procédure d'expertise.

L'**assureur** est en droit de ne pas verser ou de suspendre les Prestations au(x) Bénéficiaire(s) à compter de la date portée à la connaissance du (des) Bénéficiaire(s), sans être tenu par la décision du **Régime Obligatoire** :

- lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale nécessaire de son état de santé,
- lorsque le **bénéficiaire** refuse de fournir les pièces justificatives,
- ou lorsque l'**assuré** ne s'est pas présenté le jour de la convocation au contrôle médical du médecin conseil choisi par l'**assureur**, ou s'il a refusé de se soumettre à ce contrôle.

8.3.7. LA PERTE DE VOS DROITS

Vous êtes déchu de tout droit aux garanties du contrat :

- si **vous** faites de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences de la **maladie** ou de l'**accident**. La preuve de la mauvaise foi incombe à MMA,
- si **vous** refusez de **vous** soumettre à la constatation médicale sauf opposition dûment justifiée. L'instruction de votre situation implique votre participation à l'ensemble des opérations de constatations médicales indispensables à l'ouverture ou au maintien de vos droits à prestation (visites et contrôles). Le refus peut être justifié par la réalisation sur les mêmes faits d'expertises médicales, dans le cadre de l'assurance maladie ou d'une procédure judiciaire, susceptibles d'être communiquées à l'**assureur**.

8.3.8. SUBROGATION DANS VOS DROITS

En cas de responsabilité d'un tiers, vos droits et actions sont transmis à MMA (Fidélia Assistance pour les garanties d'assistance) jusqu'à concurrence de l'indemnité que **vous** avez reçue (article L 131-2 du Code des assurances). MMA et Fidélia Assistance agissent donc à votre place. On dit qu'il y a subrogation.

Si de votre fait, l'assureur ne peut pas exercer la subrogation, il n'est plus tenu à garantie.

8.4. LES DÉCLARATIONS QUE VOUS DEVEZ FAIRE

8.4.1. LES ÉVOLUTIONS DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat est établi d'après les déclarations et des réponses que **vous** avez faites lors de sa souscription ou du dernier avenant. Ces déclarations qui ont également permis de calculer votre cotisation sont reproduites aux **Conditions particulières**.

En cours de contrat, **vous** devez déclarer à MMA les modifications concernant les événements suivants :

- changement de **domicile** : si les **bénéficiaires** ne résident plus en France Métropolitaine ou dans les Départements d'Outre-Mer votre contrat sera résilié de plein droit,
- modification de la composition de votre famille assurée,
- changement de situation d'un **assuré** au regard du **Régime obligatoire**,
- retraite professionnelle, cessation temporaire ou définitive d'activité professionnelle d'un **assuré**.

Si cette modification entraîne un changement de cotisation, **vous** avez 30 jours pour accepter ou refuser la proposition tarifaire de MMA. Si **vous** la refusez, le contrat est résilié 30 jours après votre notification de refus. **Vous** devez également déclarer à MMA si **vous** bénéficiez de garanties de même type auprès d'un autre organisme. Si **vous** ne déclarez pas un changement de situation, des dysfonctionnements lors des télétransmissions et dans la pratique du tiers payant peuvent se produire.

8.4.2. LES CONSÉQUENCES DES DÉCLARATIONS NON CONFORMES À LA RÉALITÉ

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la **nullité du contrat**.

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle dûment prouvée par l'**assureur** entraîne soit la résiliation du contrat, soit l'augmentation des cotisations, soit la diminution des prestations, en application des dispositions prévues par le Code des assurances.

MMA se retournera vers **vous** pour exiger le paiement des prestations indues.

8.5. MÉDIATION, INFORMATION: VOS DROITS

8.5.1. LA VENTE À DISTANCE

Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance au sens de l'article L 112-2-1 du Code des assurances, c'est-à-dire lorsque **vous** n'avez eu aucun contact physique avec votre **assureur conseil** :

- MMA **vous** fait contractuellement bénéficiaire de l'ouverture immédiate et intégrale de vos droits,
- **vous** disposez d'un délai de **14 jours calendaires** à compter de la réception des **Conditions particulières** pour renoncer à votre contrat. La renonciation doit être signifiée par lettre à votre **assureur conseil**.

Le délai de renonciation en cas de vente à distance ne court qu'à compter de la plus tardive des dates suivantes :

- date de conclusion du contrat,
- date de réception des informations précontractuelles édictées par l'article L 222-6 du Code de la consommation.

Lorsque **vous** demandez la renonciation à votre contrat, **vous** devez restituer à l'**assureur** dans les 30 jours à compter de l'envoi de votre demande de renonciation toutes les prestations qui ont été versées au titre du contrat à **vous**-même ou à un tiers (pharmacie, professionnel de santé, hôpital...). MMA **vous** rembourse les sommes que **vous** avez versées, dans les 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation.

Modèle de lettre de renonciation :

« Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je déclare renoncer à mon contrat Assurance Santé MMA dont la date d'établissement est le..... Je m'engage à rembourser à MMA, dans un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la présente demande de renonciation, les prestations qui ont été versées au titre de ce contrat, à moi-même ou à un tiers.

Je sollicite le remboursement des sommes versées au titre de ces garanties soit..... euros, dans les délais impartis. »

8.5.2. LE DÉMARCHAGE À DOMICILE

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son **domicile**, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'acquiescement de réception pendant un délai de **14 jours calendaires** révolus à compter du jour de la conclusion du contrat conformément à l'article L 112-9 du code des assurances.

Pour l'exercice de ce droit, **vous** devez adresser à votre **assureur conseil** une lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique reprenant le modèle suivant :

« Madame, Monsieur, Je soussigné..... déclare renoncer au contrat Assurance Santé MMA fait le.....
(+ date et signature) »

Vous serez alors remboursé, au plus tard dans les 30 jours, de la part de cotisation correspondant à la période d'assurance durant laquelle le risque n'a pas couru, sauf mise en jeu de la garantie.

8.5.3. LA RÉCLAMATION : COMMENT RÉCLAMER ?

En face-à-face, par téléphone, par courrier ou par courriel en cas de difficultés dans l'application des dispositions du présent contrat :

1) Contactez votre interlocuteur de proximité :

- soit votre **assureur conseil**,
- soit votre correspondant sur la cause spécifique de votre **mécontentement** (assistance, sinistre, prestation santé...).

Il transmettra, si nécessaire, une question relevant de compétences particulières, au service chargé, en proximité, de traiter votre **réclamation** sur cette question.

Votre interlocuteur est là pour **vous** écouter et **vous** apporter une réponse avec, si besoin, l'aide des services MMA concernés.

Vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum.

Vous serez tenu informé de l'avancement de l'examen de votre situation.

2) Si votre **mécontentement** persiste, ou si ce premier échange ne **vous** donne pas satisfaction, **vous** pourrez solliciter directement le Service Réclamations Clients MMA :

- par mail à service.reclamations@groupe-mma.fr,
- par courrier simple à Service Réclamation Clients - 14, boulevard Alexandre et Marie Oyon - 72030 Le Mans Cedex 9.

Le Service Réclamations Clients, après avoir réexaminé tous les éléments de votre demande, **vous** fera part de son analyse.

La durée cumulée du délai de traitement de votre **réclamation** en proximité et par le Service Réclamations Client, si **vous** exercez ce recours, n'excèdera pas, sauf circonstances particulières, celle fixée et révisée périodiquement par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

3) En cas de désaccord avec cette analyse, ou de non réponse dans les délais impartis, **vous** aurez alors la possibilité de solliciter l'avis d'un **Médiateur** :

- par courrier simple à Médiateur AFA La Médiation de l'Assurance TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 093,
- ou via le site Médiation de l'assurance (<http://www.mediation-assurance.org>).

Vous disposez d'un délai d'un an à compter de votre **réclamation écrite auprès du professionnel pour saisir le Médiateur**.

Au terme de ce processus d'escalade, **vous** conservez naturellement l'intégralité de vos droits à agir en justice.

Vous retrouverez ces informations sur www.mma.fr (rubrique « mentions légales ») et sur la plate-forme européenne <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

8.5.4. L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est l'ACPR (AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION) - 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

La langue et la loi qui sont applicables entre le **souscripteur** et l'**assureur** sont françaises.

8.5.5. VIE PRIVÉE

À qui sont transmises vos données personnelles ?

Vos données personnelles sont traitées par votre **assureur** ou par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement.

Vous trouverez les coordonnées de votre **assureur** sur les documents contractuels et précontractuels qui **vous** ont été remis ou mis à votre disposition. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90, rue St Lazare - 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, **vous** pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>.

Vos données personnelles peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à ses partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes professionnels, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance, experts, ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat.

Ces destinataires peuvent être situés en dehors de l'Union européenne sur la base d'une décision d'adéquation ou de conditions contractuelles négociées. Ces dispositifs sont disponibles auprès de votre Délégué à la Protection des Données.

Pourquoi avons-nous besoin de traiter vos données personnelles ?

1. Vos données personnelles sont traitées par votre **assureur** et par le groupe Covéa afin de :
 - conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance,
 - réaliser des opérations de prospection commerciale,
 - permettre l'exercice des recours et la gestion des **réclamations**,
 - conduire des actions de recherche et de développement,
 - mener des actions de prévention,
 - élaborer des statistiques et études actuarielles,
 - lutter contre la fraude à l'assurance,
 - mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme,
 - exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur.
2. Ces traitements ont pour bases légales : l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de lutte contre la fraude à l'assurance, de recherche développement ainsi que d'actions de prévention ; et votre contrat pour les autres finalités citées, hors données de santé. Lorsque la base légale est le contrat, le refus de fournir vos données entraîne l'impossibilité de conclure celui-ci. Les responsables de traitement ont pour intérêt légitime : leur développement commercial, le développement de nouvelles offres et de nouveaux services, et la maîtrise de leur sinistralité.
3. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, votre **assureur** peut, en cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, **vous** inscrire sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, afin de maîtriser nos coûts et protéger notre solvabilité. Avant toute inscription, une information individuelle préalable **vous** sera notifiée.

Quelle protection particulière pour vos données de santé ?

Votre **assureur** et le Groupe Covéa traitent des données personnelles relatives à votre santé aux fins de conclusion et gestion de votre contrat et/ou l'instruction et la gestion de votre sinistre. Ces données sont également utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance.

Vos données de santé sont nécessaires à l'**assureur** pour évaluer les risques. En aucun cas vos données de santé ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale.

Compte tenu de leur particulière sensibilité, le traitement de ces données de santé est soumis à l'obtention de votre consentement. Pour garantir la confidentialité de vos données de santé et le respect du secret médical, elles sont destinées exclusivement au service médical de l'**assureur** ainsi qu'au seul personnel spécifiquement formé à leur traitement par le service médical.

Vous avez la possibilité de ne pas donner votre consentement ou de le retirer à tout moment. En cas de refus ou de retrait de votre consentement, l'**assureur** ne pourra pas évaluer le risque. Par conséquent la conclusion de votre contrat ou l'instruction et la gestion de votre sinistre seront impossibles. **Vous** pouvez exercer votre droit de retrait auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante :

- protection des données personnelles - MMA -14, Boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72030 Le Mans Cedex 9

- protectiondesdonnees@groupe-mma.fr.

Dans le cadre de votre complémentaire de santé, la base légale du traitement de vos données de santé est la protection sociale. Conformément à la législation en vigueur, votre **assureur** n'exerce pas de sélection de risques à partir de vos données de santé.

Pendant combien de temps vos données personnelles sont-elles conservées ?

Les données personnelles traitées dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat sont conservées conformément aux délais légaux de prescription, fixés selon la nature du contrat.

En l'absence de conclusion d'un contrat, vos données de santé sont conservées pendant 5 ans.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet.

En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, vos données personnelles sont conservées 5 ans.

Quels sont les droits dont vous disposez ?

Vous disposez :

- d'un **droit d'accès**, qui **vous** permet d'obtenir :
 - la confirmation que des données **vous** concernant sont (ou ne sont pas) traitées,
 - la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement **vous** concernant,Ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de notre part ;
- d'un **droit de demander la portabilité** de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que **vous** avez fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de votre utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat ;
- d'un **droit d'opposition**, qui **vous** permet de ne plus faire l'objet de prospection commerciale de la part de votre **assureur** ou de ses partenaires, ou, pour des raisons tenant à votre situation particulière, de faire cesser le traitement de vos données à des fins de recherche et développement, de lutte contre la fraude et de prévention ;
- d'un **droit de rectification** : il **vous** permet de faire rectifier une information **vous** concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il **vous** permet également de faire compléter des informations incomplètes **vous** concernant ;
- d'un **droit d'effacement** : il **vous** permet d'obtenir l'effacement de vos données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où vos données ne seraient plus nécessaires au traitement ;
- d'un **droit de limitation**, qui **vous** permet de limiter le traitement de vos données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
 - en cas d'usage illicite de vos données,
 - si **vous** contestez l'exactitude de celles-ci,
 - s'il **vous** est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre vos droits ;
- d'un **droit d'obtenir une intervention humaine** : votre **assureur** peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion de votre contrat pour l'évaluation du risque. Dans ce cas, **vous** pouvez demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de votre Délégué à la protection des données.

Vous pouvez exercer vos droits par courrier à l'adresse postale « Protection des Données Personnelles - MMA - 14, boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72030 Le Mans Cedex 9 » ou par email à l'adresse protectiondesdonnees@groupe-mma.fr.

À l'appui de votre demande d'exercice des droits, il **vous** sera demandé de justifier de votre identité.

Vous pouvez **vous** inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, **vous** ne serez pas démarché par téléphone sauf si **vous** nous avez communiqué votre numéro de téléphone afin d'être recontacté ou sauf si **vous** êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur.

Vous pouvez définir des directives générales auprès d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données personnelles après votre décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de vos données personnelles, **vous** avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).

Le traitement de vos données par l'ALFA

Vos données font l'objet d'une mutualisation avec les données d'autres **assureurs** dans le cadre d'un dispositif professionnel ayant pour finalité la lutte contre la fraude et dont le responsable du traitement est l'ALFA (l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance). Les données mutualisées sont les données relatives aux contrats d'assurance automobile et aux sinistres déclarés aux **assureurs**.

Dans ce cadre, vos données sont destinées au personnel habilité de l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance, ainsi qu'aux organismes directement concernés par une fraude (organismes d'assurance, autorités judiciaires, officiers ministériels, auxiliaires de justice, organismes tiers autorisés par une disposition légale ou réglementaire).

Pour l'exercice de vos droits dans le cadre de ce traitement, **vous** pouvez contacter l'ALFA - 1, rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09.

Comment contacter le Délégué à la Protection des Données ?

Pour toute information complémentaire, **vous** pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données en écrivant à l'adresse suivante électronique: deleguealaprotectiondesdonnees@covea.fr, ou par courrier: Délégué à la Protection des Données - 86-90, rue St Lazare - 75009 Paris.

8.5.6. CONVENTION DE PREUVE

Dans ses rapports avec MMA, le **souscripteur** reconnaît la validité et la force probante des courriers électroniques échangés entre eux ainsi que la reproduction des différents éléments (journaux de connexion ou « fichiers logs ») et informations émanant du système d'information sauvegardés et conservés par MMA sur des supports informatiques et dans des conditions en garantissant l'intégrité et l'inaltérabilité.

Le **souscripteur** et l'**assureur** s'engagent par les présentes à accepter qu'en cas de litige, ces éléments et informations ainsi que les signatures électroniques et les certificats émis par des autorités de certification référencées par MMA utilisés, quelle que soit l'opération et/ou le contrat en cause, et conservés jusqu'au terme légal de prescription sont admissibles devant les tribunaux et feront preuve des données et des faits qu'ils contiennent ainsi que des engagements qu'ils expriment, et plus particulièrement l'identification du **souscripteur** ainsi que la preuve de son consentement aux opérations effectuées (souscription, modification, virement, prélèvement,...).

En cas de désaccord entre l'**assureur** et le **souscripteur** sur ces données, les juridictions compétentes pourront être saisies pour apprécier la portée de l'éventuelle preuve contraire.

8.5.7. LE COURRIER ÉLECTRONIQUE

Vous êtes le seul garant de l'actualité et de la véracité de votre adresse électronique fournie, et le cas échéant, mise à jour ultérieurement. En conséquence, **vous** vous engagez à vérifier et à mettre à jour régulièrement votre adresse électronique.



MMA IARD Assurances Mutuelles, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, RCS Le Mans 775 652 126. **MMA IARD**, société anonyme au capital de 537 052 368 €, RCS Le Mans 440 048 882. Sièges sociaux : 14 boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72030 Le Mans cedex 9. Entreprises régies par le Code des assurances. www.mma.fr