

Assurance Santé MMA

Formule VITALE

Conditions Générales



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.
- La présente **notice d'information** définit 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 niveaux 2, 3 et 4 respectent les conditions nécessaires pour que le contrat ou l'adhésion soit qualifié de responsable. Ils peuvent donc être souscrits dans le cadre de la Loi Madelin.

1. LEXIQUE	p 5
2. L'OBJET DE VOTRE CONTRAT	p 8
3. VOS GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ	p 9
3.1. Tableau de garanties	p 10
3.2. Délais d'attente sur les niveaux 1, 3 et 4	p 11
3.3. L'hospitalisation médicale, l'intervention chirurgicale et la maternité	p 11
3.3.1. L'hospitalisation non psychiatrique	p 11
3.3.2. L'hospitalisation psychiatrique	p 12
3.4. La médecine de ville	p 12
3.4.1. Actes et frais garantis	p 12
3.4.2. Appareillage	p 12
3.5. La pharmacie et les autres soins courants	p 13
3.6. Les soins et prothèses dentaires remboursés par le régime obligatoire	p 13
3.6.1. La garantie	p 13
3.6.2. Le Bonus Fidélité sur les niveaux 3 et 4	p 13
3.6.3. Les Plafonds évolutifs	p 13
3.7. Les soins et prothèses dentaires non remboursés par le régime obligatoire	p 13
3.8. L'optique	p 14
3.8.1. Les lunettes et lentilles prescrites médicalement	p 14
3.8.2. Le Bonus Conso Responsable sur les niveaux 3 et 4	p 14
3.9. La prévention	p 14
4. CE QUE VOTRE CONTRAT NE GARANTIT PAS	p 15
4.1. Risques particuliers	p 15
4.2. Soins particuliers	p 15
4.3. Exclusions du régime obligatoire	p 15
4.4. Application	p 15
5. LA GARANTIE D'ASSISTANCE MMA SANTÉ	p 16
5.1. Les dispositions générales	p 16
5.2. Les garanties	p 17
5.2.1. Les garanties au domicile sans limite d'âge pour les assurés	p 17
5.2.2. Les garanties au domicile bénéficiant aux enfants scolarisés de moins de 15 ans	p 18
5.2.3. Les garanties au domicile bénéficiant aux assurés de plus de 65 ans	p 18
5.2.4. Le transfert de l'hôpital au domicile	p 18
5.2.5. Les garanties en déplacement	p 19
5.2.6. Les garanties additionnelles à l'étranger	p 20
5.2.7. Les garanties d'aide aux aidants	p 21
5.2.8. Les conseils santé par téléphone	p 23
5.3. La mise en jeu des garanties	p 24
5.3.1. Les garanties au domicile	p 24
5.3.2. Les garanties en déplacement et garanties additionnelles à l'étranger	p 24
5.3.3. L'aide aux aidants et les conseils santé par téléphone	p 25
5.3.4. Les exclusions	p 25

6. LA GARANTIE ACCOMPAGNEMENT MALADIE GRAVE	p 27
6.1. Objet de la garantie	p 27
6.2. Les garanties d'accompagnement	p 27
6.2.1. L'accompagnement social	p 27
6.2.2. L'aide à domicile en cas de chimiothérapie ou radiothérapie	p 27
6.2.3. L'accompagnement psychologique	p 27
6.2.4. Les conseils thérapeutiques	p 28
6.2.5. L'aide au maintien à domicile	p 28
6.3. La prise en charge de prestations	p 28
6.4. La mise en jeu de la garantie	p 28
6.4.1. Modalités de déclaration de la maladie grave	p 28
6.4.2. Délais de déclaration	p 28
6.4.3. Prise en charge des prestations	p 29
6.4.4. Exclusions	p 289
7. LES SERVICES GPS SANTÉ	p 30
8. LA VIE DU CONTRAT	p 31
8.1. La prise d'effet et la durée de votre contrat	p 31
8.1.1. La durée de votre contrat	p 31
8.1.2. La résiliation de votre contrat	p 31
8.2. La cotisation	p 31
8.2.1. Les éléments dont votre cotisation tient compte	p 31
8.2.2. L'évolution de votre cotisation	p 31
8.2.3. Les modes de paiement de votre cotisation	p 32
8.2.4. Les conséquences du non-paiement de votre cotisation	p 32
8.2.5. Société recouvrante	p 32
8.3. Le règlement des prestations	p 32
8.3.1. Pour les frais ayant donné lieu à un remboursement préalable de votre Régime obligatoire	p 32
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 33
8.3.3. En cas d'hospitalisation	p 33
8.3.4. Le Tiers Payant	p 33
8.3.5. Le délai pour demander un remboursement - La prescription	p 33
8.3.6. La constatation médicale	p 34
8.3.7. La perte de vos droits	p 34
8.3.8. Subrogation dans vos droits	p 34
8.4. Les déclarations que vous devez faire	p 34
8.4.1. Les évolutions de votre contrat	p 34
8.4.2. Les conséquences des déclarations non conformes à la réalité	p 34
8.5. Médiation, information : vos droits	p 35
8.5.1. La vente à distance	p 35
8.5.2. Le démarchage à domicile	p 35
8.5.3. La réclamation : comment réclamer ?	p 35
8.5.4. L'autorité de contrôle	p 36
8.5.5. Vie privée	p 36
8.5.6. Convention de preuve	p 38
8.5.7. Le courrier électronique	p 38

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. Vous trouverez un lexique applicable aux garanties d'assistance à l'article 5.1.

■ Accident

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

■ 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.

■ Appareillage

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

Il se répartit en deux catégories :

- le grand appareillage correspond aux prothèses auditives, aux fauteuils roulants, lits médicaux...
- le petit appareillage correspond aux pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, béquilles, semelles orthopédiques et autres dispositifs médicaux.

■ 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 euros

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.

■ 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 Responsables.**

■ Forfait journalier

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.

■ Franchise médicale

Somme qui est déduite par le Régime obligatoire préalablement à ses remboursements. Au 1^{er} septembre 2008, elle concerne les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

■ 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.

■ 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.
- toutes les infections, quelle que soit leur origine.

■ 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.

■ 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 CMU Complémentaire ou de l'AME.

■ Parcours de soins coordonnés

Ensemble de soins médicaux d'un assuré social, réalisés ou prescrits par son médecin traitant. Par extension, les soins médicaux autorisés par la Sécurité sociale en accès direct sont considérés comme entrant dans le parcours de soins coordonnés.

■ 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 euros immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977
Siège social : 7 Mail Pablo Picasso - 44 046 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.

■ 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.

■ Service Médical Rendu

Le Service Médical Rendu (SMR) est une mesure de l'efficacité et de l'utilité des médicaments vendus en France. Il est évalué par la Commission de transparence de la Haute Autorité de santé. L'évaluation prend en compte plusieurs éléments :

- la gravité de la maladie pour laquelle le médicament est indiqué,
- son efficacité pour prévenir ou soigner cette maladie,
- son intérêt pour la santé publique,
- ses effets indésirables.

Il existe différents degrés : majeur, important, modéré, faible, insuffisant.

■ 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).

■ 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 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 taux et montants indiqués s'entendent dans le cadre du **parcours de soins coordonnés**.

Les taux de remboursement 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 est exprimé en euros le montant garanti se rajoute aux prestations éventuelles de votre **Régime obligatoire**.

La modification de niveau est possible à l'échéance anniversaire du contrat, sous réserve des règles de souscription en vigueur.

3.1. TABLEAU DE GARANTIES

LES GARANTIES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale ou maternité en établissements conventionnés (1) (5) - Honoraires hospitaliers (#) - Honoraires hospitaliers avec le bonus fidélité (acquis après 3 ans chez MMA) (2) (#) - Frais de séjour (hors chambre particulière) - Forfait journalier - Chambre particulière (par journée d'hospitalisation) - Lit d'accompagnant (par journée d'hospitalisation, limité à 15 jours par an)	175 % BRSS 200 % BRSS 100 % BRSS Frais réels 60 € 25 €	100 % BRSS 125 % BRSS 100 % BRSS Frais réels - -	125 % BRSS 150 % BRSS 100 % BRSS Frais réels 40 € 15 €	175 % BRSS 200 % BRSS 100 % BRSS Frais réels 60 € 25 €
HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE OU EN ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS - Honoraires hospitaliers - Frais de séjour - Forfait journalier	100 % BRSS 100 % BRSS frais réels	100 % BRSS 100 % BRSS frais réels	100 % BRSS 100 % BRSS frais réels	100 % BRSS 100 % BRSS frais réels
MÉDECINE DE VILLE (1) (3) - Consultations des médecins généralistes et spécialistes (#) - Autres consultations (kinésithérapeutes, infirmiers, auxiliaires médicaux) - Transport - Analyses, Radios	- - - -	100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS	125 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS	150 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS
PHARMACIE ET AUTRES SOINS COURANTS (1) - Médicaments à SMR important ou majeur prescrits remboursés par l'AMO (3) - Appareillage dont prothèses auditives (3) (4)	- -	100 % BRSS 100 % BRSS	100 % BRSS 100 % BRSS	100 % BRSS 150 % BRSS
DENTAIRE remboursé par l'AMO (1) (4) (5) - Soins dentaires - Orthodontie - Couronnes et bridges céramo-métalliques. - Couronnes et bridges céramo-métalliques avec le bonus fidélité (acquis après 3 ans chez MMA) (2) - Autres prothèses dentaires	- - - - -	100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS	100 % BRSS 150 % BRSS 125 % BRSS 150 % BRSS 125 % BRSS	100 % BRSS 200 % BRSS 175 % BRSS 200 % BRSS 175 % BRSS
DENTAIRE non remboursé par l'AMO (5) - Implants dentaires par an - Dentaire non remboursé (hors implants) par an	- -	- -	- -	400 € 150 €
OPTIQUE (1) (5) Lunettes hors réseau Partenaire MMA Santé* (par période de deux ans et par bénéficiaire) - Lunettes enfants avec verres simples - Lunettes enfants avec verres complexes - Lunettes adultes avec verres simples - Lunettes adultes avec verres complexes Lunettes dans le réseau Partenaire MMA Santé* (par période de deux ans et par bénéficiaire) - Lunettes enfants verres simples - Lunettes enfants avec verres complexes - Lunettes adultes avec verres simples - Lunettes adultes avec verres simples avec le bonus Conso Responsable (après 3 ans sans remboursement de lunettes par MMA) (2) - Lunettes adultes avec verres complexes - Lunettes adultes avec verres complexes avec le bonus Conso Responsable (après 3 ans sans remboursement de lunettes par MMA) (2) - Lunettes Offreclair Autres garanties « optique » - Lentilles (par an et par bénéficiaire)	- - - - - - - - - - - - -	100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS	50 € 200 € 100 € 200 € 70 € 200 € 100 € 200 € 200 € 300 € Frais réels 50 €	100 € 300 € 150 € 300 € 120 € 300 € 150 € 250 € 300 € 400 € Frais réels 100 €
PRÉVENTION - Prévention (prise en charge d'actes de prévention)	-	Inclus	Inclus	Inclus
SERVICES sauf clause particulière de refus - Tiers Payant, Télétransmission - Accès aux services de GPS Santé au 09 69 39 60 65 (appel non surtaxé) - Assistance et accompagnement maladie grave	- Inclus Inclus	Inclus Inclus Inclus	Inclus Inclus Inclus	Inclus Inclus Inclus

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

* – Partenaire Santéclair – SA au capital de 3 834 029 euros immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977.

(1) Toutes les prestations complètent le remboursement de votre régime d'Assurance Maladie Obligatoire (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'Assurance Maladie Obligatoire.

(2) Les bonus s'appliquent selon les dispositions décrites dans les présentes Conditions Générales.

(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, 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) Le délai d'attente s'applique selon les dispositions décrites dans les présentes Conditions Générales.

(#) Les taux de remboursement sont majorés de 20 % de la BRSS pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée, sur les niveaux 2,3 et 4 en Hospitalisation et sur les niveaux 3 et 4 en Médecine de ville.

3.2. DÉLAI D'ATTENTE SUR LES NIVEAUX 1, 3 ET 4

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

Pendant ce délai d'attente :

- si le niveau souscrit est le niveau 1 : les prestations sont remboursées à hauteur de la garantie Hospitalisation du niveau 2
- si le niveau souscrit est le niveau 3 ou 4, les prestations Hospitalisation, Optique et Dentaire sont remboursées à hauteur des garanties du niveau 2.

Si au cours du contrat, vous optez pour un autre niveau, les nouveaux montants des garanties Hospitalisation, Optique et Dentaire ne s'appliqueront qu'à l'expiration d'un **délai d'attente** de 3 mois, sauf si les nouveaux montants garantis sont inférieurs au poste de garantie initial, cette comparaison étant effectuée poste par poste. Pendant ce délai d'attente, les prestations sont remboursées à hauteur de la garantie initiale.

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.

3.3. L'HOSPITALISATION MÉDICALE, L'INTERVENTION CHIRURGICALE ET LA MATERNITÉ

3.3.1. L'HOSPITALISATION NON PSYCHIATRIQUE

Cette garantie vous rembourse en cas d'**hospitalisation dans un établissement conventionné** pour **accident**, **maternité** ou **maladie** non psychiatrique ou d'intervention chirurgicale, médicalement prescrites et prises 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**.

Bonus Fidélité pour tous les niveaux : tous les bénéficiaires présents au contrat et à venir bénéficient d'une majoration du taux de remboursement sur les honoraires hospitaliers après 36 mois complets et consécutifs d'assurance auprès de MMA, jusqu'à la résiliation du contrat. Le taux de remboursement comprenant le bonus est indiqué dans le tableau de garantie contenu dans les présentes conditions générales.

Les taux de remboursement indiqués dans le tableau de garantie sont majorés de 20 % de la BRSS pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée, sur les niveaux 2, 3 et 4.

- **les frais de séjour, hors chambre particulière et dépenses personnelles de confort** : 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**,
- **la chambre particulière**, 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**.

Les frais de télévision ne sont pas remboursés.

En cas d'hospitalisation dans un établissement non conventionné, médicalement prescrites et prise en charge par votre **Régime obligatoire**, MMA vous rembourse :

- **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** : 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**.

3.3.2. L'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE

En cas d'hospitalisation en établissement ou en service psychiatrique ou neuropsychiatrique médicalement prise en charge par votre **Régime obligatoire**, MMA vous rembourse :

- **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** : 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**.

3.4. LA MÉDECINE DE VILLE

3.4.1. ACTES ET FRAIS GARANTIS

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

- **les consultations, visites et autres actes médicaux des médecins généralistes et spécialistes**, ainsi que les déplacements et majorations prévues dans la **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale**. Les taux de remboursement indiqués dans le tableau de garantie sont majorés de 20 % de la BRSS pour les honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée, sur les niveaux 3 et 4,
- **les actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues...),**
- **les frais de transport,**
- **les examens de biologie médicale,**
- **les actes de radiologie.**

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.

Les soins dispensés et les honoraires pendant une cure thermale ne sont pas remboursés.

3.4.2. L'APPAREILLAGE (DONT PROTHÈSES AUDITIVES)

3.4.2.1. LA GARANTIE

Cette garantie vous rembourse l'appareillage (y compris les prothèses auditives) prescrit médicalement et qui a 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.

3.4.2.2. LES PLAFONDS EVOLUTIFS SUR NIVEAU 4

Pour le niveau 4, l'ensemble des remboursements de grand **appareillage*** (y compris les prothèses auditives) ne peut excéder par **bénéficiaire** :

- 1 000 euros la première **année d'assurance**,
- 1 000 euros la deuxième **année d'assurance**,
- 1 500 euros chaque **année d'assurance** suivante.

Si l'ensemble des remboursements de grand appareillage sur une période donnée 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 Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

Si vous changez de niveau en souscrivant le niveau 4 au cours des deux premières **années d'assurance**, l'ensemble de ces plafonds évolutifs s'applique pour les **années d'assurances** comptées à partir de la date du changement.

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**.

3.5. LA PHARMACIE ET LES AUTRES SOINS COURANTS

Cette garantie vous rembourse les médicaments prescrits médicalement dont le **Service Médical Rendu (SMR)** est majeur ou important, 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**.

Le caractère majeur ou important du SMR retenu par MMA est celui retenu par le **Régime obligatoire** lorsqu'il a remboursé le médicament.

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

3.6.1. LA GARANTIE

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

- les soins dentaires,
- l'orthodontie,
- les couronnes et bridges céramo-métalliques,
- les autres prothèses dentaires.

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

3.6.2. LE BONUS FIDÉLITÉ SUR LES NIVEAUX 3 ET 4

Pour les niveaux 3 et 4, tous les bénéficiaires du contrat présents à la souscription ou à venir bénéficient d'une majoration du taux de remboursement sur les couronnes et bridges céramo-métalliques après 36 mois complets et consécutifs d'assurance auprès de MMA, jusqu'à la résiliation du contrat. Le taux de remboursement comprenant le bonus est indiqué dans le tableau de garantie contenu dans les présentes conditions générales.

3.6.3. LES PLAFONDS ÉVOLUTIFS SUR LES NIVEAUX 3 ET 4

Pour les niveaux 3 et 4, l'ensemble des remboursements dentaires ayant donné lieu au préalable à un remboursement de votre **Régime obligatoire**, ne peut excéder par **bénéficiaire** :

- 1 000 euros la première **année d'assurance**,
- 1 000 euros la deuxième **année d'assurance**,
- 1 500 euros chaque **année d'assurance** suivante.

Si l'ensemble des remboursements dentaires sur une période donnée 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 **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale**.

Si vous optez pour un niveau supérieur à celui en vigueur au cours des deux 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.

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**.

3.7. LES SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES NON REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

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

- Les implants dentaires non pris en charge par votre **Régime obligatoire**,
- Les autres soins et prothèses dentaires non pris en charge par votre **Régime obligatoire**.

Le montant maximum de remboursement par **année d'assurance**, et par bénéficiaire figure aux **conditions particulières**. Pour les implants dentaires, ce montant maximum est versé une seule fois par dent pendant la durée du contrat.

3.8. L'OPTIQUE

3.8.1. LES LUNETTES ET LES LENTILLES PRESCRITES MÉDICALEMENT

Cette garantie **vous** rembourse :

- les frais de lunettes équipées de verres correcteurs (verres et montures), médicalement prescrites,
- les frais de lentilles correctrices, médicalement prescrites.

Le remboursement maximum de la garantie figure aux conditions particulières. Il est exprimé :

- soit en montant par **bénéficiaire**. Ce montant se rajoute à celui versé par votre **Régime obligatoire**.
- soit en pourcentage de la **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale**. Ce taux inclut le remboursement de votre **Régime obligatoire**.

Frais de lunettes : Lorsque la garantie est exprimée en montant, un équipement est remboursé par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement. Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, ce montant s'applique pour une période d'un an. Le montant indiqué au tableau de garantie inclut les verres et les montures, la prise en charge de ces dernières **ne pouvant jamais excéder 150 euros**.

Le remboursement maximum 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 garantie pour des verres complexes.

Verres simples :

Les verres simples correspondent aux verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur à +4,00.

Verres complexes :

Les verres complexes correspondent à tous les autres verres correcteurs.

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

Si vous choisissez vos lunettes dans la gamme sélectionnée « Offreclair » proposée par la majorité des opticiens du réseau **Partenaire MMA Santé** si la correction le permet, MMA rembourse intégralement les verres et montures sur les niveaux 3 et 4.

Frais de lentilles : 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 le niveau 2, la garantie intervient à la condition qu'il y ait eu prise en charge préalable par votre Régime obligatoire.

3.8.2. LE BONUS CONSO RESPONSABLE SUR LES NIVEAUX 3 ET 4

Si aucune prestation ne lui a été versée au titre de la garantie « frais de lunettes » après 3 années consécutives, chaque **bénéficiaire** adulte peut bénéficier l'année suivante d'un bonus sur les lunettes avec verres simples et verres complexes achetés chez un opticien du réseau du **Partenaire MMA Santé**.

Le montant de la garantie comprenant ce Bonus Conso responsable est indiqué dans le tableau de garanties contenu dans les présentes conditions générales.

Le Bonus Conso responsable ne porte ni sur les frais de lentilles ni sur l'Offreclair proposée par les opticiens du réseau du Partenaire MMA Santé.

En cas de versement de prestations au titre des frais de lunettes, 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 une fois par an le montant de votre garantie « frais de 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**.

3.9. LA 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.

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 cures thermales,
- 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 médicaux-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,
- les dépenses médicales pour les personnes résidant hors de France Métropolitaine,
- 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 quinze 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**. A 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 L241-3 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE DES FAMILLES OU DÉPENDANTES AU SENS DE L'ARTICLE L232-1 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 BÉNÉFICIAIRE 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^{ème} 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 REPRISE 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 BÉNÉFICIAIRE 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 trois 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 survenu 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. A 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 9h à 19h, 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 euros 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 prend 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 D322-1 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 du 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.**

- **Orienté 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 maladies 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 obtenir les adresses d'opticiens, de dentistes, d'audioprothésistes, de diététiciennes, d'implantologues, d'ostéopathes et de chiropracteurs 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 S.M.S. au 06.08.04.87.02

* Santéclair

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'un an. La durée de la reconduction automatique ne peut en aucun cas être supérieure à un 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'un 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**, les assurés peuvent résilier le contrat en adressant à l'**assureur conseil** une lettre recommandée dans un délai de 3 mois après le décès, la résiliation prenant effet le lendemain de la demande. MMA rembourse la partie de cotisation annuelle échue correspondant à la période postérieure au décès.

8.2. LA COTISATION

8.2.1. LES ÉLÉMENTS DONT VOTRE COTISATION TIENT COMPTE

Votre cotisation d'assurance tient compte :

- du niveau souscrit 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 **Assureur Conseil**.

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 principale 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 euros, entreprise soumise au Code des Assurances, RCS Le Mans n° 440 048 882, dont le siège social est situé 14 Bd 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 **assureur conseil** 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 à MMA l'**original du relevé de remboursement délivré** par votre **Régime obligatoire** à MMA PRESTATIONS SANTÉ - TSA 93 671 - 67978 Strasbourg Cedex 9.

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 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 non remboursés par le **Régime obligatoire**,
- la **prescription du médecin** pour le remboursement des frais d'optique.

8.3.3. EN CAS D'HOSPITALISATION

Vous devez envoyer à MMA 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 93 671 - 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 garantis par votre contrat 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 **assureur conseil**.

Si votre contrat est résilié, **vous** devez impérativement **restituer votre attestation** à votre **assureur conseil**. 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.

Vous ne bénéficiez pas du tiers payant si vous avez souscrit le niveau 1.

8.3.5. LE DÉLAI POUR DEMANDER UN REMBOURSEMENT DE 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 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 bénéficier 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. LA CONSTATATION MÉDICALE

Les médecins accrédités par MMA doivent avoir libre accès auprès de l'**assuré** pour constater son état médical. MMA peut désigner à ses frais un médecin pour vérifier les causes d'un **accident** ou d'une **maladie** et ses conséquences. En cas de désaccord avec le médecin de l'**assuré**, ces deux médecins en désignent un troisième pour les départager. Faute pour l'une des parties de désigner son médecin expert ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance.

Vous pouvez vous faire assister par le médecin de votre choix lors des opérations d'expertise conduites par le médecin désigné par MMA.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin.

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**,
- 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 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, 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 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.

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 L112-2-1 du Code des Assurances, c'est-à-dire lorsque **vous** n'avez eu aucun contact physique avec votre **assureur conseil** :

- MMA vous fait contractuellement bénéficier 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**.

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 pendant un délai de **14 jours calendaires** révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Pour l'exercice de ce droit, **vous** devez adresser à votre **assureur conseil** une lettre recommandée avec accusé de réception ou un 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, et recevrez, sauf exception, une réponse au plus tard dans les deux mois qui suivent la réception de votre réclamation.

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 (exemple : deux mois au 1^{er} mai 2017).

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 50 110 - 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 »).

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 RÉSOLUTION) - 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

• A 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 :

- MMA - Protection des données personnelles - 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 « MMA - Protection des données personnelles - 14, Boulevard Marie et Alexandre Oyon 72030 Le Mans Cedex 9 » ou par email à l'adresse protectiondesdonnees@groupe-mma.fr.

A 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 euros, 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