



CONDITIONS GÉNÉRALES

Conditions Générales n° 374 d



C'EST LE BONHEUR ASSURÉ !



VOTRE CONTRAT SE COMPOSE DES DOCUMENTS SUIVANTS :



les conditions générales définissent chaque garantie et service pouvant être souscrits ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,



les conditions particulières qui précisent la date d'effet du contrat, les personnes assurées ainsi que les garanties et services que vous avez choisis.

SOMMAIRE

	page
POUR QUE TOUT SOIT CLAIR ENTRE NOUS	5
VOUS ET VOTRE CONTRAT	
Quel est l'objet du contrat ?.....	7
L'HOSPITALISATION OU L'INTERVENTION CHIRURGICALE	
Les frais de séjour	8
Le forfait journalier	8
Les honoraires des praticiens	9
LES VACCINS ET RAPPELS	10
LA MEDECINE DE VILLE	
Les consultations et visites des médecins	11
Les autres actes effectués par les médecins.....	11
LA PHARMACIE ET LES AUTRES SOINS COURANTS HORS HOSPITALISATION	
La pharmacie.....	13
Les analyses	13
Les radios	13
Les soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes et orthoptistes) et des sages-femmes	13
Les autres frais dont les soins dentaires, les soins de cure thermique, les soins de kinésithérapie, de pédicurie, de podologie, l'appareillage ou le transport	14
L'OPTIQUE, LES PROTHESES DENTAIRES, L'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE OU ORTHODONTIE, LES PROTHESES AUDITIVES	
L'optique	15
Les prothèses dentaires	15
L'orthopédie dento-faciale ou orthodontie	15
Les prothèses auditives	15
LES CURES THERMALES OU LA THALASSOTHERAPIE	17
LA NAISSANCE	17
L'AUTOMÉDICATION COURANTE	18
LA MEDECINE DOUCE	18
LES REMBOURSEMENTS DES SOINS AU COURS D'UN VOYAGE A L'ETRANGER	19

LE SERVICE ZERO SOUCI EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION A DOMICILE D'UN ASSURE	
Les services confort en cas d'hospitalisation d'un des assurés :	
• La chambre particulière et frais de télévision	20
• Le lit d'accompagnant	20
Les services en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'un adulte assuré :	
• La garde des enfants, des personnes à charge, des chiens et des chats	22
• L'aide ménagère à domicile	22
• La venue d'un proche au chevet de l'assuré	22
• La livraison de médicaments au domicile	22
Les services en cas d'hospitalisation ou de maladie d'un enfant assuré :	
• La garde de l'enfant malade	23
• Le soutien scolaire	23
• La livraison de médicaments au domicile	24
Les services en cas d'hospitalisation ou de maladie d'un assuré au cours d'un voyage :	
• Le rapatriement de l'assuré	25
• La prolongation de séjour, le rapatriement des autres membres	25
• Le supplément de frais de santé	26
LE SERVICE CHAMBRE PARTICULIÈRE	27
LE SERVICE ALLO MMA SANTE	28
LE SERVICE D'INFORMATION JURIDIQUE ET ADMINISTRATIVE	29
LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE "SANTÉ"	30
LE TIERS PAYANT	33
CE QUE VOTRE CONTRAT NE GARANTIT JAMAIS	34
LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT	35
LA VIE DU CONTRAT	
La prise d'effet et la durée de votre contrat	36
La cotisation	36
Les événements qui peuvent modifier votre contrat et les déclarations que vous devez faire.....	38
Votre accès à l'information	39



POUR QUE TOUT SOIT CLAIR ENTRE NOUS (LEXIQUE)

Chaque fois que le texte de votre contrat fera appel à un terme défini au lexique, il sera suivi d'un astérisque (*).

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 comprise entre deux échéances anniversaires consécutives.

Assuré

Toute personne assurée par le contrat et qui doit être désignée aux Conditions Particulières.

Assureur

Pour les garanties autres que "le service d'information juridique et administrative" et "la garantie Protection Juridique Santé"

- MMA IARD Assurances Mutuelles, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes - RCS Le Mans 775 652 126

- MMA IARD, société anonyme au capital de 390 184 640 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.

Pour "le service d'information juridique et administrative" et "la garantie Protection Juridique Santé"

- DAS Assurances Mutuelles, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes – RCS Le Mans 775 652 142

- DAS, société anonyme, au capital de 60 660 096 euros – RCS Le Mans 442 935 227

Sièges sociaux : 34 place de la République 72045 Le Mans Cedex 2.

Entreprises privées régies par le code des assurances.

Ces sociétés sont dénommées conjointement : MMA, DAS, l'assureur ou nous dans les présentes Conditions Générales.

MMA a délégation pour agir au nom et lieu de DAS en ce qui concerne l'acceptation et la résiliation* des garanties assurées par DAS, ainsi que des mesures à prendre pour le recouvrement des cotisations correspondantes.

Toute déclaration faite par vous* auprès de MMA concernant des dispositions relatives aux présentes garanties vaut également pour DAS.

Le règlement des litiges et toute autre procédure relative à ce règlement incombent à DAS.

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

Avenant

Document établi et signé par votre assureur et vous-même prenant en compte une modification de votre contrat (changement de domicile, ajout d'un assuré, changement des garanties...).

Conditions Générales

C'est le présent document qui précise les garanties et services proposés ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat.

Conditions Particulières

Document que vous avez signé à la souscription ou en cas d'avenant et qui précise la date d'effet du contrat, les personnes assurées ainsi que les garanties que vous avez choisies.

Délai de stage

Période pendant laquelle vos garanties ne donnent pas encore lieu à un remboursement.

Domicile

Lieu de résidence principale des assurés en France métropolitaine et à Monaco.

Echéance

Date à laquelle votre cotisation doit être payée.

Hospitalisation

Séjour effectué en qualité de patient dans un département médical ou chirurgical d'un établissement public ou privé, agréé par la Sécurité Sociale (hôpitaux, cliniques, maisons de repos et de convalescence....).

Maladie

Toute altération de la santé médicalement constatée.



POUR QUE TOUT SOIT CLAIR ENTRE NOUS (LEXIQUE) suite

Chaque fois que le texte de votre contrat fera appel à un terme défini au lexique, il sera suivi d'un astérisque (*).

Nullité du contrat

Annulation pure et simple du contrat, qui est alors censé n'avoir jamais existé suite à une fausse déclaration intentionnelle du souscripteur.

Première année de garantie

Période de 12 mois à compter de la date d'effet du contrat ou de l'avenant.

Régime obligatoire

C'est le Régime obligatoire d'assurance maladie – maternité auquel sont affiliées les personnes assurées au contrat. C'est à dire le régime de Sécurité Sociale dont elles bénéficient en tant que salarié, commerçant, membre d'une profession indépendante ou agricole, retraité...

C'est également le Régime obligatoire d'accident du travail (A.A.E.X.A.) pour les travailleurs agricoles non salariés.

Résiliation

Cessation des effets du contrat.

Souscripteur

Personne qui a conclu le contrat avec l'assureur.

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).

Tarif de convention

Tarif de référence utilisé par les différents Régimes obligatoires. Ce tarif sert de base pour calculer le remboursement des honoraires et soins dispensés par les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement du Régime obligatoire et le remboursement de ce Régime (avant déduction de la participation forfaitaire légale).

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.



QUEL EST L'OBJET DE VOTRE CONTRAT ?

Le contrat d'assurance santé MMA vous* assure le remboursement des dépenses médicales :

- Qui ont fait l'objet d'une participation de votre Régime obligatoire* et qui sont restées à votre charge après son intervention.
- Ou qui ne sont pas couvertes par votre Régime obligatoire* selon la formule que vous* avez choisie :
 - Les lentilles (y compris jetables),
 - Le traitement par laser visant à corriger un défaut de la vue,
 - L'hébergement et transport pour cure thermale ou de soins médicaux pratiqués dans des centres de thalassothérapie dès lors que ces cures ou ces soins sont acceptés par le Régime obligatoire*,
 - Certains médicaments d'homéopathie, phytothérapie et oligo-éléments,
 - Le forfait journalier dans le cadre d'une hospitalisation*,
 - Les frais de chambre particulière dans le cadre d'une hospitalisation*,
 - Les frais de lit d'accompagnant dans le cadre d'une hospitalisation*.
- De prévention conformément aux dispositions de l'article R 871-2 II du Code de la Sécurité Sociale :
 - Deux prestations de prévention par assuré et par année d'assurance seront prises en charge à hauteur de 100 % du tarif de convention*.
 - Sur simple demande, MMA vous* communiquera la liste des prestations fixée par arrêté interministériel.

La somme des remboursements accordés par votre Régime obligatoire* et votre contrat d'assurance santé MMA **est toujours limitée aux frais justifiés que vous* avez réellement engagés.**

Selon la formule choisie, votre contrat d'assurance santé organise et prend en charge des services de première urgence ayant pour vocation de pallier les problèmes d'organisation rencontrés dès lors que :

- un assuré* est hospitalisé plus d'une journée,
- un assuré* est immobilisé à son domicile* plus de 3 jours,
- un enfant assuré est malade,
- la scolarité de l'enfant assuré est perturbée par une absence de plus de 15 jours pour cause de maladie ou d'accident*,
- un assuré* est hospitalisé ou immobilisé au cours d'un voyage à l'étranger dans le monde entier à l'exclusion des états affectés par des conflits armés à caractère national ou international.

De plus, votre contrat d'assurance santé vous fait bénéficier :

- **de services d'assistance par téléphone (informations médicales, informations et conseils préliminaires à un voyage, recherche d'un médecin), cf. page 28**
- **de services d'information juridique et administrative par téléphone (informations sur vos droits en liaison avec le domaine de la Santé), cf. page 29**
- **de la protection juridique Santé "garantie optionnelle" (vous* permet de bénéficier de la défense amiable et judiciaire et suivi des décisions de justice des litiges liés au domaine de la santé), cf. page 30**



QUELLES SONT VOS GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION* OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE SANS HOSPITALISATION* ?

- *L'Assurance Hospitalisation MMA / L'Assurance Santé n° 1(b), 2(a), 2(b), 3, 4 et 5 / L'Assurance Santé Senior n° 1 et 2*

LES FRAIS DE SÉJOUR

CE QUI EST GARANTI

En cas d'hospitalisation* ou d'intervention chirurgicale, cette garantie vous* rembourse :

- le prix de journée de l'établissement qui couvre notamment les frais d'hébergement (chauffage, linge ...),
- les frais de salle d'opération ou d'accouchement,
- la pharmacie et les produits sanguins,
- les frais de grand appareillage et de prothèses internes (par exemple un stimulateur cardiaque),
- les frais de transport (aller et retour domicile* - établissement hospitalier en vue d'une hospitalisation* ou d'une intervention chirurgicale, transfert entre établissements),
- les frais engagés au titre d'une hospitalisation* à domicile* définie comme telle par le contrôle médical du Régime obligatoire*.

CE QUE NOUS NE REMBOURSONS PAS

- les dépenses personnelles (téléphone),
- les frais de chambre particulière pour convenance personnelle sauf si vous* bénéficiez du service Zéro souci en cas d'hospitalisation* ou d'immobilisation à domicile* , cf page 20, et sauf si vous bénéficiez du service chambre particulière, cf. page 27,
- tous les frais facturés par les établissements ou secteurs d'établissements pour lesquels le Régime obligatoire* ne prend pas en charge les frais d'hébergement de l'établissement.

LE FORFAIT JOURNALIER

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* rembourse le forfait journalier (c'est à dire un forfait facturé par les établissements hospitaliers et qui couvre principalement vos frais de repas) pour toute hospitalisation* dans un établissement ou un secteur d'établissement pour lequel les frais d'hébergement sont pris en charge par le Régime obligatoire*.

DANS QUELLES CONDITIONS S'EXERCE LA GARANTIE ?

Le versement est limité à **une durée maximum de 12 mois consécutifs par hospitalisation***.

Toutefois, pour les séjours effectués en établissement ou secteur d'établissement psychiatrique, le remboursement est limité à 12 mois pour toute l'existence du contrat, quels que soient le nombre et la durée des hospitalisations*.

LES HONORAIRES DES PRATICIENS

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* rembourse les frais de soins dispensés pendant une hospitalisation* ou au cours d'une intervention chirurgicale.

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE REMBOURSEMENT ?

COMMENT EFFECTUER LE CALCUL ?

Le remboursement s'effectue, acte par acte, selon les modalités définies ci-dessous.
Son montant complète les remboursements du Régime obligatoire* dans la limite des dépenses réellement engagées.

VOS GARANTIES	VOTRE REMBOURSEMENT
Frais de séjour : <ul style="list-style-type: none">- en établissement conventionné- en établissement non conventionné	Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'à la dépense réellement engagée. Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'au tarif pris en référence par la Sécurité Sociale.
Forfait journalier	Dépense réellement engagée.
Honoraires : <ul style="list-style-type: none">- des praticiens conventionnés- des praticiens non conventionnés	Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'au montant indiqué sur vos Conditions Particulières*. Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'au tarif de convention* retenu par la Sécurité Sociale.



LES VACCINS ET RAPPELS

QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

- *L'Assurance Hospitalisation MMA / L'Assurance Santé n° 1(b), 2(a), 2(b), 3, 4 et 5 / L'Assurance Santé Senior n° 1 et 2*

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* assure le versement d'un forfait pour couvrir des vaccins et rappels **prescrits par des médecins** mais **non remboursés par le Régime obligatoire***, c'est à dire :

- vaccin anti-grippe,
- vaccins obligatoires ou recommandés lors des voyages à l'étranger : fièvre jaune, typhoïde, hépatites A et B, rage, maladies tropicales,...
- vaccins contre des méningites,

Sur présentation de la prescription et des justificatifs de dépenses, ce forfait est accordé, par **année d'assurance*** et **par assuré*** au contrat, en un ou plusieurs versements. La consommation de ce forfait s'effectue au fur et à mesure de la survenance des différents événements garantis. Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE REMBOURSEMENT ?

VOTRE GARANTIE	VOTRE REMBOURSEMENT
Vaccins et rappels	Montant indiqué sur vos Conditions Particulières* dans la limite des dépenses réellement engagées. Ce montant est valable par année d'assurance* et par assuré*.



QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

- *L'Assurance Santé n° 1(b), 2(a), 2(b), 3, 4 et 5 / L'Assurance Santé Senior n° 1 et 2*

LES CONSULTATIONS ET VISITES DES MEDECINS

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* rembourse les honoraires perçus pour les consultations au cabinet du médecin, pour les visites effectuées par le médecin et pour les consultations effectuées dans un établissement hospitalier sans qu'il y ait eu hospitalisation*. Il s'agit des honoraires perçus par :

- les médecins généralistes,
- les médecins spécialistes,
- les neuro-psychiatres,
- les cardiologues,

Cette garantie vous* rembourse également :

- les majorations pour les visites d'urgence et de maintien à domicile*,
- les majorations pour les visites et consultations faites la nuit, le dimanche ou les jours fériés,
- les indemnités de déplacement pour venir à votre chevet.

LES AUTRES ACTES EFFECTUES PAR LES MEDECINS

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* rembourse les honoraires perçus pour les actes qualifiés « de spécialité » par le Régime obligatoire* et effectués hors hospitalisation* par :

- les médecins généralistes,
- les médecins spécialistes,
- les neuro-psychiatres,
- les cardiologues.

Par exemple, un médecin qui retire une écharde au doigt dans son cabinet effectue un acte « de spécialité ». En revanche, les actes « de chirurgie », comme par exemple un ou plusieurs points de suture pratiqués par ces médecins sont quant à eux pris en charge par la garantie Honoraires des praticiens en cas d'« Hospitalisation* ou d'intervention chirurgicale sans hospitalisation* » cf page 9.

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE REMBOURSEMENT ?

COMMENT EFFECTUER LE CALCUL ?

Le remboursement s'effectue, acte par acte, selon les modalités définies ci-dessous.
Son montant complète les remboursements du Régime obligatoire* dans la limite des dépenses réellement engagées.

VOS GARANTIES	VOTRE REMBOURSEMENT
Consultations et visites Les honoraires, les majorations (nuit, dimanche et jour férié, visite d'urgence) et les indemnités kilométriques : <ul style="list-style-type: none">- des médecins conventionnés- des médecins non conventionnés	 Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'au montant indiqué sur vos Conditions Particulières*. Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'au tarif de convention*.
Autres actes des médecins : <ul style="list-style-type: none">- conventionnés- non conventionnés	 Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'au montant indiqué sur vos Conditions Particulières*. Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'au tarif de convention*.



QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

- *L'Assurance Santé n° 1(b), 2(a), 2(b), 3, 4 et 5 / L'Assurance Santé Senior n° 1 et 2*

LA PHARMACIE

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* rembourse les médicaments pris partiellement en charge par votre Régime obligatoire*.

LES ANALYSES

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* rembourse :

- les frais d'analyses et d'examens,
- les actes de prélèvement.

LES RADIOS

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* rembourse les frais :

- de radiodiagnostic,
- de radiothérapie,
- de scanner,
- d'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRMN).

LES SOINS D'AUXILIAIRES MEDICAUX (Infirmiers, orthophonistes et orthoptistes) ET DES SAGES-FEMMES

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* rembourse les honoraires :

- des infirmiers, des orthophonistes et des orthoptistes,
- des sages-femmes.

Cette garantie vous* rembourse également :

les majorations perçues pour les actes effectués de nuit, le dimanche ou un jour férié, les indemnités de déplacement.

LES AUTRES FRAIS dont les soins dentaires, les soins de cure thermique, les soins de kinésithérapie, de pédicurie, de podologie, l'appareillage ou le transport

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* rembourse les honoraires, les majorations pour les actes effectués de nuit, le dimanche ou un jour férié, les indemnités de déplacement demandés par :

- les kinésithérapeutes, les podologues et les pédicures.

Elle vous* rembourse également :

- les frais de soins dentaires,
- les frais de transport,
- les frais d'appareillage et d'orthopédie,
- les frais de cure thermique si elles sont prescrites et remboursées pour partie par le Régime obligatoire* **à l'exception des frais de transport et d'hébergement.**

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE REMBOURSEMENT ?

COMMENT EFFECTUER LE CALCUL ?

Le remboursement s'effectue, acte par acte, selon les modalités définies ci-dessous.

Son montant complète les remboursements du Régime obligatoire* dans la limite des dépenses réellement engagées.

VOS GARANTIES	VOTRE REMBOURSEMENT
Pharmacie	} Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu' à la dépense réellement engagée.
Analyses	
Radios	
Auxiliaires médicaux : <ul style="list-style-type: none">- infirmiers- orthophonistes- orthoptistes	
Sages-femmes	
Autres frais : <ul style="list-style-type: none">- kinésithérapeutes- pédicures-podologues- soins dentaires- transport- appareillage orthopédie- cure thermique	} Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'au montant indiqué sur vos Conditions Particulières*.



QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

- *L'Assurance Santé n° 2(b), 3, 4 et 5 /
L'Assurance Santé Senior n° 1 et 2*

L'OPTIQUE

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* assure le versement d'un forfait pour couvrir les frais :

- de montures et de verres,
- de lentilles de contact acceptées ou refusées par le Régime obligatoire*,
- de traitement par laser visant à corriger un défaut de la vue.

Ce forfait est accordé **par année d'assurance* et par assuré***, en un ou plusieurs versements.

LES PROTHESES DENTAIRES

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* assure le versement d'un forfait pour couvrir les frais de prothèse dentaire (comme par exemple une couronne).

Ce forfait est accordé **par année d'assurance* et par assuré***, en un ou plusieurs versements.

L'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE OU ORTHODONTIE

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* assure le versement d'un forfait pour couvrir les frais d'orthopédie dento-faciale ou orthodontie. Elle n'est pas comprise dans les formules Assurance Santé Senior.

Ce forfait est accordé **par année d'assurance* et par assuré***, en un ou plusieurs versements.

LES PROTHESES AUDITIVES

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* assure le versement d'un forfait pour couvrir les frais de prothèse auditive.

Ce forfait est accordé **par année d'assurance* et par assuré***, en un ou plusieurs versements.

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE REMBOURSEMENT ?

COMMENT EFFECTUER LE CALCUL ?

Le remboursement s'effectue, acte par acte, selon les modalités définies ci-dessous.

Son montant complète les remboursements du Régime obligatoire* dans la limite des dépenses réellement engagées.

La consommation de ce forfait s'effectue au fur et à mesure de la survenance des différents événements garantis. Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

VOS GARANTIES	VOTRE REMBOURSEMENT
Optique	} Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'au montant indiqué sur vos Conditions Particulières*. Ce montant est valable par année d'assurance* et par assuré* , il est diminué de moitié la première année de garantie* si vous* avez choisi l'Assurance Santé n°4 ou n°5 ou l'Assurance Santé Senior n°2.
Prothèses dentaires	
Orthopédie dento-faciale	
Prothèses auditives	



QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

— L'Assurance Santé n° 4 ou n° 5 / L'Assurance Santé Senior n° 1 et 2

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* assure le versement d'un forfait pour couvrir les frais de transport et d'hébergement à l'occasion :

- d'une cure thermique acceptée par le Régime obligatoire*.
- de soins médicaux de rééducation fonctionnelle ou de kinésithérapie pratiqués dans des centres de thalassothérapie et acceptés par le Régime obligatoire*.

Ce forfait est accordé, par année d'assurance* et par assuré*, en un ou plusieurs versements, sur présentation des justificatifs des dépenses. La consommation de ce forfait s'effectue au fur et à mesure de la survenance des différents événements garantis. Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

Les autres frais liés à la cure thermique ou à la rééducation fonctionnelle sont pris en charge par la garantie "Consultations et visites" (cf page 11) ou par la garantie "Les autres frais dont soins dentaires, kinésithérapeutes, pédicures et podologues, appareillage, transport, soins de cure thermale" (cf page 14).

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE REMBOURSEMENT ?

VOTRE GARANTIE	VOTRE REMBOURSEMENT
Cure thermique et cure de thalassothérapie	Montant indiqué à vos Conditions Particulières*, dans la limite des dépenses réellement engagées. Ce montant est accordé par année d'assurance* et par assuré* en un ou plusieurs versements.



LA NAISSANCE

QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

— L'Assurance Santé n° 4 ou n° 5

CE QUI EST GARANTI

A l'occasion de la naissance d'un enfant, cette garantie vous* assure le versement d'un forfait **par enfant**. Vous* utilisez ce forfait comme vous* voulez.

Le forfait est versé à la mère de l'enfant si celle-ci est assurée au contrat depuis au moins 9 mois.

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE FORFAIT ?

VOTRE GARANTIE	VOTRE FORFAIT
Naissance	Montant indiqué sur vos Conditions Particulières*.



L'AUTOMÉDICATION COURANTE

QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

L'Assurance Santé n° 4 et n° 5

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* assure le versement d'un forfait **pour couvrir des médicaments non remboursés par le Régime obligatoire*** dès lors qu'ils sont délivrés par votre pharmacien en officine. Sur présentation des justificatifs des dépenses, ce forfait est accordé, **par année d'assurance* et par assuré*** au contrat, en un ou plusieurs versements. La consommation de ce forfait s'effectue au fur et à mesure de la survenance des différents événements garantis. Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

Ces médicaments ou produits doivent appartenir aux familles thérapeutiques définies au descriptif de la garantie "Automédication courante" joint à vos Conditions Particulières*.

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE REMBOURSEMENT ?

VOTRE GARANTIE	VOTRE REMBOURSEMENT
Automédication courante	Montant indiqué sur vos Conditions Particulières* dans la limite des dépenses réellement engagées. Ce montant est valable par année d'assurance* et par assuré* .



LA MEDECINE DOUCE

QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

L'Assurance Santé n° 5 / L'Assurance Santé Senior n°2

CE QUI EST GARANTI

Cette garantie vous* assure le versement d'un forfait pour couvrir des médicaments non remboursés par le Régime obligatoire* mais **prescrits par des médecins** inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins (Art. L 4111-1 du Code de la Santé Publique). Sur présentation de la prescription faisant apparaître les coordonnées du médecin (n° de SIREN, SIRET et d'inscription au conseil de l'ordre) et des justificatifs de dépenses, ce forfait est accordé, **par année d'assurance* et par assuré*** au contrat, en un ou plusieurs versements. La consommation de ce forfait s'effectue au fur et à mesure de la survenance des différents événements garantis. Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

Ces médicaments doivent :

- appartenir aux familles thérapeutiques suivantes :
 - homéopathie,
 - phytothérapie,
 - oligo-éléments.
- être inscrits sur la liste des médicaments ayant reçu une autorisation de mise en marché par l'Agence Française Sanitaire des Produits de Santé.

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE REMBOURSEMENT ?

VOTRE GARANTIE	VOTRE REMBOURSEMENT
Médecine douce	Montant indiqué sur vos Conditions Particulières* dans la limite des dépenses réellement engagées. Ce montant est valable par année d'assurance* et par assuré* .

LES REMBOURSEMENTS DES SOINS AU COURS D'UN VOYAGE A L'ETRANGER



COMMENT EFFECTUER LE CALCUL ?

Votre contrat d'assurance santé MMA complète les frais de soins à l'étranger qui ont préalablement donné lieu à un remboursement de votre Régime obligatoire* .

Le remboursement s'effectue, acte par acte, selon les modalités définies ci-dessous et dans la limite des dépenses réellement engagées.

VOS GARANTIES	VOTRE REMBOURSEMENT	Supplément de remboursement
L'hospitalisation* ou l'intervention chirurgicale (cf page 8)	Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'à : - 1 fois le tarif retenu par la Sécurité Sociale pour l'Assurance Santé n° 1(b) et 2 (b) - 4 fois le tarif retenu par la Sécurité Sociale pour l'Assurance Hospitalisation MMA, l'Assurance Santé n° 2(a), n° 3, n° 4 et n°5 ou l'Assurance Santé Senior n° 1 et 2	Vous* bénéficiez d'un supplément de frais de santé, cf page 26, si vous* avez choisi le service Zéro souci en cas d'hospitalisation* ou d'immobilisation.
La médecine de ville (cf page 11) La pharmacie et les autres soins courants hors hospitalisation* (cf page 13)	Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'au montant indiqué sur vos Conditions Particulières*. Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'à : - 1 fois le tarif retenu par la Sécurité Sociale pour l'Assurance Santé n° 1(b), n° 2(a), n° 2(b) ou n° 3 ou l'Assurance Santé Senior n° 1 Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'à 4 fois le tarif retenu par la Sécurité Sociale pour l'Assurance Santé n° 4 ou n° 5 ou l'Assurance Santé Senior n° 2.	Vous* bénéficiez d'un supplément de frais de santé, cf page 26, si vous* avez choisi le service Zéro souci en cas d'hospitalisation* ou d'immobilisation.
L'optique, les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale ou orthodontie, les prothèses auditives (cf page 15)	Complète le remboursement du Régime obligatoire* jusqu'au montant indiqué sur vos Conditions Particulières*. Ce montant est valable par année d'assurance* et par assuré*, il est diminué de moitié la première année de garantie* si vous* avez choisi l'Assurance Santé n°4 ou n°5 (cf page 16) ou l'Assurance Santé Senior n°2.	



QUELS SONT LES SERVICES ET GARANTIES DONT VOUS* BENEFICIEZ ?

- En option pour l'Assurance Hospitalisation MMA / L'Assurance Santé n° 1(b), 2(a), 2(b) ou 3 / L'Assurance Santé Senior n° 1
Inclus pour l'Assurance Santé n° 4 ou 5 / L'Assurance Santé Senior n° 2

LES SERVICES CONFORT EN CAS D'HOSPITALISATION* D'UN ASSURE*

CE QUI EST GARANTI

- la **chambre particulière et la télévision** : cette garantie vous* assure le remboursement des frais de chambre particulière et de télévision pour toute hospitalisation* dans un établissement ou un secteur d'établissement pour lequel les frais d'hébergement sont pris en charge par le Régime obligatoire*.
- le **lit d'accompagnant** : cette garantie vous* assure le remboursement des frais de lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation* dans un établissement ou un secteur d'établissement pour lequel les frais d'hébergement de la personne hospitalisée sont pris en charge par le Régime obligatoire*.


DANS QUELLES CONDITIONS S'EXERCE LA GARANTIE ?

Le versement est limité à **une durée maximum de 12 mois consécutifs par hospitalisation***.
Toutefois, pour les séjours effectués en établissement ou secteur d'établissement psychiatrique, le remboursement est limité à 12 mois pour toute l'existence du contrat, quels que soient le nombre et la durée des hospitalisations*.

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE REMBOURSEMENT ?

VOS GARANTIES	VOTRE REMBOURSEMENT
Chambre particulière et télévision	Montant journalier indiqué sur vos Conditions Particulières* multiplié par le nombre de jours d'hospitalisation* en chambre particulière dans la limite des dépenses réellement engagées pour l'ensemble des frais de chambre particulière et de télévision.
Lit d'accompagnant	Montant journalier indiqué sur vos Conditions Particulières* multiplié par le nombre de jours d'utilisation du lit d'accompagnant dans la limite des dépenses réellement engagées.

Les services **Zéro Souci** suivants sont des **services de première urgence** ayant pour vocation de pallier les problèmes d'organisation rencontrés dès lors que :

- un assuré* est hospitalisé **plus d'une journée**,
- un assuré* est immobilisé à son domicile* **plus de 3 jours**,
- un enfant assuré est malade,
- la scolarité de l'enfant assuré est perturbée par une absence de **plus de 15 jours** pour cause de maladie ou d'accident*,

- un assuré* est hospitalisé ou immobilisé au cours d'un voyage à l'étranger dans le monde entier à l'exclusion des états affectés par des conflits armés à caractère national ou international.

Les prestations peuvent être organisées en France métropolitaine ou à Monaco.

Pour bénéficier de ces services, appelez le :

0 820 820 033 n° indigo 0,12 € la minute

24 h sur 24 – 7 jours sur 7

Seules sont prises en charge les interventions ayant fait l'objet d'un accord préalable par téléphone. 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.

Nous organisons 7 interventions 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 nécessitent un délai de mise en place de 5 heures. Pour le soutien scolaire, ce délai est de 48 heures. L'organisation de ces services peut avoir lieu de 7 h à 19 h hors dimanches et jours fériés.

Pour l'ensemble des prestations ci-dessous, notre service 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 EN CAS D'HOSPITALISATION* OU D'IMMOBILISATION D'UN ADULTE ASSURE

LA GARDE DES ENFANTS OU DES PERSONNES A CHARGE DE L'ASSURE

CE QUI EST GARANTI

Vous* êtes **hospitalisé plus d'1 journée ou immobilisé à votre domicile* plus de 3 jours**.

Cette prestation vous* assure l'organisation et la prise en charge :

- de la recherche d'une personne pour garder à votre domicile* vos enfants âgés de moins de 15 ans, les handicapés et les autres personnes à votre charge,
- des frais de garde pendant 5 jours, à concurrence de 12 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.

Remarque : si vous* êtes hospitalisé ou immobilisé pendant plus d'un mois, les 5 jours de prise en charge doivent être utilisés dès le premier mois de votre hospitalisation* ou immobilisation.

Ce service peut également organiser et prendre en charge **le transfert aller retour**, en train 1^{re} classe ou avion classe économique, **de vos enfants de moins 15 ans** chez une personne de votre choix qui réside en France métropolitaine ou à Monaco. L'accompagnement des enfants est alors effectué par nos correspondants ou par un proche de votre choix.

Enfin, ce service peut mettre à disposition un billet aller-retour en train première classe ou en avion classe économique pour une personne de votre choix, qui réside en France métropolitaine ou à Monaco, 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**.

La garde à domicile* de vos enfants de moins de 15 ans peut tout à fait être complétée par le transport des enfants ou la venue d'un proche.

LA GARDE DES CHIENS ET CHATS

CE QUI EST GARANTI

Vous* êtes **hospitalisé plus d'1 journée ou immobilisé à votre domicile* plus de 3 jours**.

Cette prestation vous* assure l'organisation et la prise en charge :

- de la recherche d'un centre d'hébergement pour vos chiens et chats,
- des frais de garde à concurrence de 230 € T.T.C (soit 1 508,70 F). Au-delà de cette somme, vous* pouvez continuer à profiter de ce service. Dans ce cas les frais supplémentaires sont à votre charge.

Votre animal est hébergé **s'il a reçu les vaccinations obligatoires**. La garantie ne pourra pas être accordée pour les chiens dangereux de race "Pit-Bull" ou "Rottweiler" ainsi que tout animal dont l'élevage, la reproduction ou l'importation est interdite en France.

L'AIDE MENAGERE A DOMICILE

CE QUI EST GARANTI

Vous* êtes **hospitalisé plus d'1 journée ou immobilisé à votre domicile* plus de 3 jours**.

Cette prestation vous* assure l'organisation et la prise en charge :

- de la recherche d'une aide ménagère dans la limite des disponibilités locales,
- des frais de sa prestation, en fonction de votre état de santé et de vos besoins (nombre d'heures habituelles pour faire votre ménage), avec un maximum de 4 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) au domicile du bénéficiaire.

Remarque : si vous* êtes hospitalisé ou immobilisé pendant plus d'un mois, ces 5 jours doivent être utilisés dans le premier mois de votre hospitalisation* ou immobilisation.

LA VENUE D'UN PROCHE AU CHEVET DE L'ASSURE

CE QUI EST GARANTI

Vous* êtes hospitalisé plus d'1 journée ou immobilisé à votre domicile* plus de 3 jours.

Cette prestation vous* assure l'organisation et la prise en charge des frais de transport aller et retour en train première classe ou en avion classe économique d'une personne de votre choix résidant en France métropolitaine ou à Monaco, afin qu'elle vienne à votre chevet.

LA LIVRAISON DES MEDICAMENTS A DOMICILE*

CE QUI EST GARANTI

Si vous* n'êtes pas en mesure de vous* déplacer, le nécessaire est effectué pour rechercher, acheter et vous* apporter les médicaments urgents prescrits par votre médecin, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie. Le remboursement de l'avance du coût de ces médicaments se fait par vos soins au moment de la livraison.

LES SERVICES EN CAS D'HOSPITALISATION* OU DE MALADIE D'UN ENFANT ASSURE

LA GARDE DE L'ENFANT MALADE AU DOMICILE*

CE QUI EST GARANTI

L'enfant assuré est immobilisé à domicile* suite à une maladie ou un accident*. Cette prestation vous* assure l'organisation et la prise en charge :

- de la recherche d'une auxiliaire puéricultrice ou d'un garde malade pour garder à votre domicile* l'enfant âgé de moins de 15 ans
- des frais de garde pendant 5 jours, à concurrence de 12 heures par jour. Si vous* le souhaitez, la garde peut se poursuivre au-delà de ces 5 jours. Dans ce cas, les frais supplémentaires sont à votre charge.

Remarque : Si l'enfant est immobilisé pendant plus d'un mois, ces 5 jours doivent être utilisés dans le premier mois d'immobilisation.

Cette garde est effectuée et prise en charge pendant l'absence pour raison professionnelle d'un ou des parents. Votre enfant peut être gardé tous les jours de 7 h 30 à 19 h 30, sauf dimanches et jours fériés.

LE SOUTIEN SCOLAIRE

CE QUI EST GARANTI

Ce service permet à tout enfant scolarisé, du cours préparatoire jusqu'au bac, de recevoir une aide pédagogique en cas de maladie ou d'accident* l'immobilisant à son domicile* ou en milieu hospitalier (sous réserve de l'accord de l'établissement hospitalier, du médecin et du personnel soignant) et entraînant une absence supérieure à 3 semaines soit 15 jours de cours consécutifs.

Une aide pédagogique est fournie à partir du 16^e jour d'absence scolaire dans les matières principales.

Ce service prend en charge les frais de cours à concurrence de 15 heures par semaine, tous cours confondus.

Ces 15 heures peuvent être fractionnées à raison de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire. Vous* pouvez demander des cours pour votre enfant au-delà de 15 heures par semaine, dans ce cas, ils seront à votre charge.

Le service cesse en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

• La durée du service

Le service est accordé pendant la durée effective de l'année scolaire, selon les zones définies par le Ministère de l'Éducation Nationale. Ce service est effectué du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures hors congés scolaires.

• Les conditions médicales nécessaires à la mise en œuvre du service

Un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident* et le fait que votre enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident*, se rendre dans son établissement scolaire est demandé. Il précise la durée présumée de l'immobilisation. Le médecin en charge de votre demande peut être amené à contacter le médecin qui a établi ledit certificat.

• L'école continue

À votre demande et à partir du 16^e jour d'absence scolaire des cours, un répétiteur scolaire est envoyé à votre domicile* ou à l'hôpital du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures.

Ce répétiteur scolaire permet à l'enfant, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les matières suivantes : Langues étrangères (langues de la CEE), Français, Physiques / Chimie, Technologie, Mathématiques, Histoire, Géographie, Biologie.

Ce ou ces répétiteurs scolaires habilités à donner des cours du niveau de la classe de votre enfant, peuvent être autorisés par vous*-même à prendre contact, si cela s'avère nécessaire, avec l'établissement scolaire de votre enfant afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels l'étendue du programme à étudier.

LA LIVRAISON DES MÉDICAMENTS À DOMICILE* lorsque l'enfant assuré est malade

CE QUI EST GARANTI

Vous* êtes seul avec votre enfant malade et n'êtes pas en mesure de vous* déplacer.

Le nécessaire est effectué pour rechercher, acheter et vous* apporter les médicaments urgents prescrits par votre médecin, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie. Le remboursement de l'avance du coût de ces médicaments par vos soins se fait au moment de la livraison.

LES SERVICES EN CAS D'HOSPITALISATION* OU DE MALADIE D'UN ASSURÉ AU COURS D'UN VOYAGE

A QUELLE OCCASION INTERVIENT CETTE PRESTATION ?

CE QUI EST GARANTI

En cas d'hospitalisation*, de maladie ou d'accident* au cours d'un voyage effectué dans le monde entier à **l'exclusion des états affectés par des conflits armés à caractère national ou international.**

QUI BENEFICIE DE CETTE ASSISTANCE ?

CE QUI EST GARANTI

Le ou les assurés* quels que soient le mode de transport utilisé et le motif des déplacements (privés ou professionnels).

LE RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE, LA PROLONGATION DE SEJOUR

CE QUI EST GARANTI

■ Rapatriement de l'assuré*

Si votre état le permet et le justifie et sur décision de notre médecin en charge de votre dossier, ce service organise et prend en charge votre rapatriement de l'étranger ou votre transport en France métropolitaine.

Selon la gravité du cas, le rapatriement ou le transport est effectué, sous surveillance médicale nécessaire, par le moyen de transport le plus approprié : avion sanitaire spécial, avion des lignes régulières, train, wagon-lit, bateau, ambulance, jusqu'au service hospitalier le mieux adapté et le plus proche du domicile* en France métropolitaine.

Dans le cas où l'hospitalisation* à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile*.

Si l'hospitalisation* n'a pas pu se faire dans un établissement proche du domicile* et que l'état de santé le permet, ce service organise et prend en charge le transport qui a lieu de cet hôpital au domicile*.

Pour les pays autres que ceux du continent européen et ceux riverains de la Méditerranée (y compris les Canaries), le rapatriement sanitaire ne peut être effectué que par avion des lignes régulières, avec aménagement spécial s'il y a lieu.

■ Accompagnement de l'assuré* lors du rapatriement ou transport sanitaire

Si vous* êtes transporté dans les conditions définies au paragraphe ci-dessus, ce service organise et prend en charge, après avis médical de notre médecin, le voyage d'une personne de votre choix se trouvant sur place pour permettre de vous* accompagner.

■ Présence auprès de l'assuré* hospitalisé

Si vous* êtes hospitalisé et si votre état ne justifie pas ou empêche un rapatriement ou un retour immédiat, ce service organise le séjour à l'hôtel d'une personne de votre choix se trouvant déjà sur place et qui reste à votre chevet. Cette prestation prend également en charge des frais imprévus réellement exposés, jusqu'à un maximum de 46 € TTC (soit 301,74 F) par nuit dans la limite de 1 380 € TTC (soit 9 052,21 F). Les frais de repas restent à votre charge.

Ce service prend également en charge le retour en France métropolitaine en train première classe ou avion classe économique de cette personne si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

Si l'hospitalisation* doit dépasser 10 jours, et si personne ne peut rester au chevet du bénéficiaire, un billet aller retour de train première classe ou d'avion classe économique est mis à la disposition d'une personne de votre choix, afin de se rendre auprès de vous*, ceci uniquement au départ de France métropolitaine. L'organisation et les frais réellement exposés du séjour à l'hôtel de cette personne sont pris en charge jusqu'à un maximum de 46 € TTC (soit 301,74 F) par nuit dans la limite de 1 380 € TTC (soit 9 052,21 F). Les frais de repas restent à votre charge.

En France comme à l'étranger, si votre état de santé ne justifie pas une hospitalisation* ou un transport sanitaire et que vous* ne puissiez entreprendre votre retour à la date initialement prévue, ce service prend en charge, s'il y a lieu, les frais réellement exposés de **prolongation de séjour** à l'hôtel ainsi que ceux d'une personne demeurant à votre chevet, jusqu'à un maximum de 46 € TTC (soit 301,74 F) par nuit et dans la limite de 1 380 € TTC (soit 9 052,21 F). Les frais de repas restent à votre charge. Lorsque votre état de santé le permet, votre retour en France métropolitaine et celui de la personne éventuellement restée à votre chevet est organisé et pris en charge en train première classe ou avion classe économique si vous* ne pouvez pas rentrer par les moyens initialement prévus.

CE QUI EST GARANTI

■ Rapatriement des personnes voyageant avec l'assuré*

Si vous* êtes hospitalisé ou malade et si les personnes vous* accompagnant ne peuvent rejoindre leur domicile* en France Métropolitaine par les moyens de transport initiaux, ce service organise et prend en charge leur retour à domicile*. Pour cela, il est mis à leur disposition des billets de train première classe ou d'avion classe économique. D'autre part, les frais de taxi pour les amener à la gare ou à l'aéroport sont pris en charge.

LE SUPPLEMENT DE FRAIS DE SANTE (frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation* engagés à l'étranger)

CE QUI EST GARANTI

Cette prestation concerne les frais engagés à la suite d'un accident* ou d'une maladie, ayant un caractère imprévisible.

La prise en charge des frais vient en complément de vos remboursements obtenus auprès de la Sécurité Sociale (cf page 19).

Le montant du supplément est de 4 000 € TTC (26 238,28 F) maximum par assuré* pour une maladie ou un accident* dans la limite des dépenses réellement engagées.

Dans la limite de ces mêmes 4 000 € TTC (26 238,28 F), une avance du montant nécessaire au paiement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation* peut être faite à l'assuré* en cas d'hospitalisation* onéreuse pour une maladie ou un accident*.

L'assuré* s'engage alors à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès du Régime obligatoire* et au titre de sa garantie remboursement à l'étranger (cf page 19) et à nous reverser immédiatement toute somme perçue à ce titre.

CE QUE CE SERVICE "supplément de frais de santé à l'étranger" N'ASSURE PAS

CE QUI N'EST PAS GARANTI

Pour le service "supplément de frais de santé engagés à l'étranger au cours d'un voyage", nous ne garantissons pas :

- Les hospitalisations* prévisibles à l'étranger,
- les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation* : consécutifs à un accident* ou une maladie survenu avant la validité de la garantie, occasionnés par le diagnostic ou le traitement d'un état pathologique, physiologique ou psychique déjà connu avant la date d'effet de la garantie, à moins d'une complication nette et imprévisible,
- les frais de prothèse : optiques, dentaires, auditives, fonctionnelles, esthétiques ou autres,
- les frais d'équipement d'optique (lunettes et lentilles),
- les frais de soins dentaires supérieurs à 46 € TTC (301,74 F),
- les frais de cure thermale et de séjour en maison de repos,
- les frais de rééducation,
- les frais engagés en France.

Nous ne versons pas d'indemnités de quelque nature qu'elles soient au titre de l'accident* ou de la maladie professionnelle.

Ne donnent pas lieu à intervention ou prise en charge : les états de grossesse au delà du 6ème mois, les affections en cours de traitement et non encore consolidées, les rechutes de maladies* antérieurement constituées comportant un risque d'aggravation brutale connu du bénéficiaire au moment de son départ, les tentatives de suicide et les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et alcools.



QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

- En option pour l'Assurance Hospitalisation MMA / L'Assurance Santé n° 1(b), 2(a), 2(b) ou 3 / L'Assurance Santé Senior n° 1

CE QUI EST GARANTI

- La **chambre particulière** : cette garantie vous* assure le remboursement des frais de chambre particulière pour toute hospitalisation* dans un établissement ou un secteur d'établissement pour lequel les frais d'hébergement sont pris en charge par le Régime obligatoire*.

DANS QUELLES CONDITIONS S'EXERCE LA GARANTIE ?

Le versement est limité à **une durée maximum de 12 mois consécutifs par hospitalisation***.

Toutefois, pour les séjours effectués en établissement ou secteur d'établissement psychiatrique, le remboursement est limité à 12 mois pour toute l'existence du contrat, quels que soient le nombre et la durée des hospitalisations*.

Les frais de télévision ne sont pas pris en charge.

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE REMBOURSEMENT ?

VOS GARANTIES	VOTRE REMBOURSEMENT
Chambre particulière	Montant journalier indiqué à vos Conditions Particulières* multiplié par le nombre de jours d'hospitalisation* en chambre particulière dans la limite des dépenses réellement engagées.



LE SERVICE ALLO MMA SANTE

- **L'Assurance Hospitalisation MMA /
L'Assurance Santé n° 1(b), 2(a), 2(b), 3, 4 et 5 /
L'Assurance Santé Senior n° 1 et 2**

Pour bénéficier de ces services, appelez le :
0 820 820 033 n° indigo 0,12 € la minute
de 7 h à 21 h hors dimanches et jours fériés

INFORMATIONS MEDICALES

Sur simple appel, de 7 h à 21 h (hors dimanches et jours fériés), un spécialiste de la santé vous* communique, par téléphone uniquement, des renseignements ne relevant pas de l'urgence dans les domaines suivants :

- des informations d'ordre général dans le domaine de la santé, par exemple :
 - les structures d'accueil en cas d'hospitalisation* d'un proche/d'un enfant (famille d'accueil, chambre d'accueil mère-enfant),
 - les coordonnées des structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) et d'associations médicales,
 - des renseignements sur l'alimentation, les maladies* infantiles et les médicaments.
- des informations spécifiques à une pathologie, par exemple :
 - le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie,
 - les renseignements sur l'implication et l'évolution de la maladie*,
 - les risques de transmission et de contagion,
 - les structures de prises en charge spécialisées.

INFORMATIONS ET CONSEILS PRELIMINAIRES A UN VOYAGE

Sur simple appel, de 7h à 21h, (hors dimanches et jours fériés), un spécialiste de la santé vous* communique, par téléphone uniquement, des informations et des conseils pour préparer un voyage, comme par exemple :

- les précautions à prendre en matière d'hygiène,
- les vaccinations nécessaires,
- l'organisation des soins dans le pays visité,
- le formulaire de Sécurité Sociale à se procurer avant le départ.

RECHERCHE D'UN MEDECIN

En l'absence de votre médecin traitant, ce service vous* aide à rechercher un médecin à l'endroit où vous* vous* trouvez en vous* communiquant les numéros de téléphone du médecin de garde ou des services d'urgence.



■ **L'Assurance Hospitalisation MMA / L'Assurance Santé n° 1(b), 2(a), 2(b), 3, 4 et 5 / L'Assurance Santé Senior n° 1 et 2**

Le service d'assistance juridique est accessible sur simple appel téléphonique, au numéro 0 820 820 033 n° indigo 0,12 € la minute
du lundi au samedi de 8h à 20h (hors jours fériés ou chômés)

DESCRIPTIF DU SERVICE

Ce service d'information juridique et administrative par téléphone vous* permet de vous* informer sur vos droits en liaison avec le domaine de la santé notamment dans le cadre de vos relations avec des tiers.

Quelques exemples :

- relations avec votre employeur : incidence de la maladie sur le contrat de travail, inaptitude,...
- les droits du patient : libre choix du praticien, l'accès au dossier médical, le secret médical,...
- relations avec les établissements ou professions de santé : erreur et responsabilité médicale, droit du mourant,...
- l'assuré social : les différents régimes de protection sociale, les allocations, le contentieux de la sécurité sociale, la Couverture Maladie Universelle (CMU),...

Ce service vous* renseigne sur les démarches à suivre auprès de la Sécurité Sociale, des allocations familiales, des crèches et des écoles en cas de naissance d'un enfant, mariage, invalidité ponctuelle ou définitive,...



LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE "SANTÉ"

- **En option pour l'Assurance Hospitalisation MMA / L'Assurance Santé n° 1(b), 2(a), 2(b), 3, 4 et 5 / L'Assurance Santé Senior n° 1 et 2**

**Cette garantie, si elle est souscrite, est mentionnée aux Conditions Particulières*
Les litiges couverts par la garantie Protection Juridique "Santé" sont gérés par DAS**

QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

Cette garantie vous* permet de bénéficier de la défense amiable ou judiciaire de vos intérêts pour tout litige relatif au domaine de la Santé.

■ LA RECHERCHE D'UNE SOLUTION AMIABLE

En présence d'un litige, nous vous* conseillons pour réunir les éléments de preuves nécessaires à la constitution de votre dossier et effectuons toutes démarches amiables auprès de la partie adverse afin d'obtenir une solution négociée au mieux de vos intérêts.

■ LA DÉFENSE JUDICIAIRE

En l'absence de solution amiable, nous prenons en charge le paiement des frais, dépens et honoraires nécessaires à toute action en justice visant à la reconnaissance de vos droits, la restitution de vos biens ou l'obtention d'une indemnité pour réparation du préjudice subi.

■ L'EXÉCUTION ET LE SUIVI

Nous veillons à l'application de l'accord amiable négocié ou de la décision judiciaire obtenue et prenons en charge les frais correspondants.

CE QUI EST GARANTI

Sont garantis les litiges relatifs notamment aux domaines suivants :

- erreurs médicales, non-respect du secret médical, maladies nosocomiales, qui vous opposent à un établissement de soins ou des professionnels de santé,
- erreurs dans le calcul d'un taux d'invalidité, erreurs de remboursement de prestations, qui vous* opposent aux organismes publics tels que la Sécurité Sociale,
- accidents du travail, maladies professionnelles, qui les opposent à leur employeur,
- pollution industrielle qui les opposent à des organismes tiers.

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE INDEMNISATION ?

Nous prenons en charge les frais suivants dans la limite du plafond de dépenses fixé à 100 000 € par litige :

- le coût des enquêtes, des consultations, des constats d'huissier, engagés **avec notre accord préalable**,
- le coût des expertises amiables diligentées **avec notre accord préalable**,
- les dépens (plafonné à 20 000 €),
- les frais et honoraires de votre défenseur, sur présentation d'une facture détaillée, **dans la limite des montants ci-dessous :**

Juridictions	Maximum de remboursement TTC
Référé	
- expertise	420 €
- provision	440 €
Tribunal de police	420 €
Tribunal correctionnel	590 €
Tribunal d'instance	590 €
Tribunal de grande instance Tribunal des affaires de sécurité sociale	740 €
Tribunal de commerce	740 €
Cour d'appel	
- pénal	639 €
- autres	780 €
Cassation	1 642 €
Mesure d'instruction	280 €
Transaction réalisée	Montant applicable si la procédure avait été menée à son terme devant la juridiction de 1 ^{ère} instance concernée

CE QUI N'EST PAS GARANTI

- les litiges provoqués intentionnellement par l'assuré* ou avec sa complicité ainsi que les litiges résultant de sa participation à un crime, délit intentionnel ou rixe sauf cas de légitime défense,
- les litiges dont le caractère conflictuel était déjà connu de l'assuré* lors de la prise d'effet de la garantie "Protection Juridique Santé",
- les condamnations en principal et intérêts,
- les amendes pénales ou civiles et pénalités de retard,
- les dommages et intérêts et autres indemnités compensatoires,
- les frais engagés à la seule initiative de l'assuré* pour l'obtention de toutes pièces justificatives, à titre de preuves, et nécessaires à la constitution du dossier,
- les frais résultant de la rédaction d'actes,
- les litiges prescrits ou ne reposant pas sur des bases juridiques certaines,
- les litiges dont l'intérêt financier est inférieur à 200 € TTC,
- les litiges vous* opposant à une personne bénéficiaire de la garantie "Protection Juridique Santé" souscrite au titre du présent contrat,
- les litiges survenant hors d'un pays énuméré ci-après et ne relevant pas de compétence de l'une des juridictions de ce pays : états membres de l'Union Européenne, Andorre, Liechtenstein, Norvège, Principauté de Monaco, Saint Marin, Suisse et Vatican.

QUELLES SONT LES DÉMARCHES POUR DECLARER UN LITIGE ?

QUELLES SONT VOS OBLIGATIONS ENVERS L'ASSUREUR* ?	<p>Pour déclarer un litige, vous* devez au préalable nous appeler au n° 0820 820 033 (n° indigo 0,12 € la minute à partir d'un poste fixe) du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures (hors jours fériés ou chômés) et communiquer le numéro de votre contrat Assurance Santé MMA. Le litige doit être déclaré dès que vous* en avez connaissance et au plus tard dans les 30 jours qui suivent le refus qui vous* a été opposé ou que vous* avez formulé, sauf cas fortuit ou de force majeur et en tout état de cause avant la résiliation* du présent contrat. Le refus peut résulter de la manifestation concrète d'un désaccord ou du silence persistant, de la part du tiers sollicité ou de votre part.</p> <p>Toute déclaration tardive peut entraîner une déchéance de garantie si nous établissons que ce retard nous cause préjudice.</p> <p>Si vous* engagez des frais sans avoir obtenu notre accord préalable, ces frais seront pris en charge dans nos limites contractuelles dès lors que vous pourrez justifier d'une urgence à les avoir exposés.</p>
QUAND SEREZ-VOUS* INDEMNISÉ ?	Nous vous* versons les sommes obtenues à votre profit, soit amiablement, soit judiciairement dans le délai maximum d'un mois à compter du jour où nous les avons nous-mêmes reçues.
VOUS* AVEZ LE CHOIX DE L'AVOCAT	<p>Lorsqu'il est fait appel à un avocat (ou à un autre défenseur qualifié par la législation ou la réglementation en vigueur), pour défendre, représenter ou servir vos intérêts, vous* avez la liberté de le choisir. Vous* pouvez également choisir l'avocat dont nous vous* aurons communiqué les coordonnées à votre demande écrite.</p> <p>Vous* conservez la direction du procès conseillé par votre avocat.</p> <p>En cas de conflits d'intérêts entre l'assureur* et vous*-même, vous* conservez la possibilité de choisir votre défenseur.</p>
LE CONFLIT D'INTERETS	En cas de conflits d'intérêts entre vous* et nous ou de désaccord quant au règlement du litige, vous* conservez la possibilité de choisir votre défenseur.
QUE SE PASSE T-IL EN CAS DE DÉSACCORD ENTRE L'ASSUREUR* ET VOUS* MEME ? (L'ARBITRAGE)	<p>En cas de désaccord sur les mesures à prendre pour régler le litige, il est fait appel à une tierce personne. Celle-ci doit être désignée d'un commun accord par les parties.</p> <p>A défaut d'accord entre les parties sur le choix de la tierce personne, le différend sera soumis au Président du Tribunal de Grande Instance.</p> <p>Les frais exposés pour cette conciliation sont à notre charge. Toutefois, si le Président du Tribunal de Grande Instance estime que vous* avez engagé une procédure injustifiée, il peut décider d'une répartition différente de ces frais.</p> <p>Lorsque la procédure d'arbitrage est mise en œuvre, le délai de recours contentieux est alors suspendu pour toutes les instances juridictionnelles couvertes par la présente garantie jusqu'à ce que l'arbitre chargé de proposer une solution en ait fait connaître le teneur.</p> <p>Si vous* engagez à vos frais une procédure contentieuse, sans notre accord, et que vous* obtenez une solution plus favorable que celle qui vous* a été proposée par l'assureur* ou l'arbitre, nous vous* indemniserons des frais exposés pour cette action dans la limite de notre garantie et de nos plafonds d'intervention.</p>
SUBROGATION	<p>Nous sommes subrogés dans vos droits et actions à l'encontre de la partie adverse pour la récupération des sommes que nous avons engagées.</p> <p>Toutefois, les sommes obtenues en remboursement des frais et honoraires exposés pour le règlement du litige vous* bénéficient par priorité pour les dépenses restées à votre charge et que vous* nous justifiez.</p> <p>Subsidiairement, elles nous reviennent dans la limite des montants que nous avons engagés.</p>



QUEL EST LE SERVICE DONT VOUS BENEFICIEZ ?

- *En option pour L'Assurance Santé n° 1(b), 2(a), 2(b), 3, 4 ou 5*
En option pour L'Assurance Santé Senior n° 1 et 2

CE QUE VOUS OFFRE CE SERVICE

- Après des professionnels de santé acceptant le tiers payant avec MMA, ce service vous permet de ne pas faire l'avance de frais qui sont pris en charge par le Régime obligatoire, sur le territoire métropolitain français, et ce à hauteur de leur base de remboursement retenu par Régime obligatoire.
- Une attestation de vos droits à tiers payant vous est remise chaque année.
Elle précise les professionnels de santé pour lesquels les droits sont ouverts et les personnes qui peuvent en bénéficier.

COMMENT FONCTIONNE CE SERVICE ?

- Vous présentez aux professionnels de santé votre prescription accompagnée de votre attestation d'ouverture de droits délivrées par MMA.
Les professionnels de santé vous dispensent de paiement à hauteur de la base de remboursement retenue par le régime obligatoire. Ils seront payés directement par le régime obligatoire et par MMA.

QUE FAIRE EN CAS DE PERTE ?

- En cas de perte de votre attestation, vous devez faire une demande de renouvellement auprès de votre conseiller MMA.

QUE FAIRE EN CAS DE RESILIATION ?

- En cas de résiliation de votre contrat, vous devez impérativement restituer votre attestation à votre conseiller MMA.



CE QUI N'EST PAS GARANTI

En plus des exclusions éventuelles prévues pour chaque garantie, votre contrat Assurance Santé MMA ne couvre pas :

- les dommages résultant de votre participation active à une rixe (sauf cas de légitime défense), un délit intentionnel, un crime, une émeute ou un mouvement populaire,
- les dommages occasionnés par la guerre,
- les dommages d'origine nucléaire et les dommages causés par toute source de rayonnements ionisants,
- les dommages survenus au cours de votre participation comme organisateur ou concurrent à des épreuves ou manifestation nécessitant l'autorisation des Pouvoirs Publics.
- les dépenses médicales pour les personnes résidant hors de France Métropolitaine ou Monaco.

Votre contrat Santé MMA ne prend pas en charge les dépenses suivantes :

- **la participation forfaitaire légale** (1 € au 1^{er} janvier 2005) restant à charge des assurés pour certains actes médicaux et consultations des médecins,
- **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.

Dans le cas d'une hospitalisation, ces dispositions sont également applicables pour l'ensemble des frais d'honoraires et d'hospitalisation.

- **la diminution du remboursement du Régime obligatoire*** appliquée, pour certains actes et consultations de médecins, spécifiquement aux assurés refusant aux professionnels de santé consultés l'accès à leur dossier médical personnel.
- **les franchises et autres retenues opérées par le Régime obligatoire***



CE QU'IL FAUT FAIRE POUR OBTENIR VOTRE REMBOURSEMENT

Vous* devez nous remettre après sa réception :

- l'original du décompte délivré par votre Régime obligatoire*,
- et les factures acquittées justifiant des frais engagés lorsque ceux-ci ne figurent pas sur ce décompte ainsi que le n° de contrat, nom et prénom du bénéficiaire des prestations.

Vous* devez également nous fournir :

- la prescription du médecin pour le remboursement des vaccins et rappels non pris en charge par le Régime obligatoire* dans le cadre de la garantie "Vaccins et Rappels",
- le justificatif d'acceptation des cures par le Régime obligatoire* pour le versement du forfait "cure thermique ou thalassothérapie",
- la prescription du médecin pour le remboursement des médicaments non pris en charge par le Régime obligatoire* dans le cadre de la garantie "Médecine douce",
- la facture originale acquittée avec indication des coordonnées de la pharmacie et le nom complet de chacun des produits achetés pour le remboursement des médicaments dans le cadre de la garantie "Automédication courante".
- un extrait ou acte de naissance pour bénéficier du forfait "naissance".

LA CONSTATATION MEDICALE

Les médecins accrédités par nos soins doivent avoir libre accès auprès de vous* pour constater votre état médical.

Nous pouvons désigner à nos frais un médecin pour vérifier les causes d'un accident* ou d'une maladie et ses conséquences. En cas de désaccord avec votre médecin, ces deux médecins en désignent un troisième pour les départager.

Faute pour l'une des deux 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.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin.

LA PERTE DE VOS DROITS

Vous* êtes déchu de tout droit au remboursement de frais de soins :

- 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.

NOUS SOMMES SUBROGES DANS VOS DROITS

En cas de responsabilité d'un tiers, vos droits et actions nous sont transmis jusqu'à concurrence de l'indemnité que vous* avez reçue (article L 121-12 du Code des Assurances). **Nous agissons donc à votre place, on dit qu'il y a subrogation.**

Si de votre fait, nous ne pouvons pas exercer la subrogation, nous ne sommes plus tenus à garantie.

LE DELAI POUR DEMANDER UN REMBOURSEMENT

Pour prétendre à un remboursement, vous* devez impérativement nous adresser votre demande dans les 2 ans suivant la réception du décompte du Régime obligatoire* ou du justificatif. **Au-delà de ce délai, il y a prescription.**

En cas de litige, vous* et nous disposons d'un délai de 2 ans à partir du moment où l'un de nous a eu connaissance des frais à rembourser pour intenter une action. Au-delà de ce délai, il y a prescription.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption, par exemple une action en justice, une lettre recommandée avec accusé de réception. Dans ce cas, un nouveau délai de deux ans est accordé.



LA VIE DE VOTRE CONTRAT

LA PRISE D'EFFET ET LA DUREE DE VOTRE CONTRAT

LA PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat entre en vigueur à la date d'effet indiquée aux Conditions Particulières*. Il en est de même en cas d'avenant*. Vous* recevrez alors de nouvelles Conditions Particulières*.

LE DELAI DE STAGE

En cas de maternité, la garantie "Naissance", les garanties "Chambre particulière et frais de télévision" et "Lit d'accompagnant" du service "Zéro souci" et le service "Chambre particulière" entrent en vigueur à l'issue d'un délai de stage* de 9 mois.

Le point de départ du délai de stage* est la date d'effet du contrat ou de l'avenant* d'adjonction de la garantie ou de l'adjonction d'un bénéficiaire.

LA DUREE DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat est annuel. Il est reconduit automatiquement d'année en année à son échéance* anniversaire.

Toutefois, à l'expiration d'un délai d'un an, vous* avez la possibilité de le résilier à chaque échéance* anniversaire en nous adressant une lettre recommandée **au moins 1 mois avant cette date**.

Le délai de résiliation* court à partir de la date d'envoi figurant sur le cachet de la poste de votre lettre recommandée.

LA GARANTIE VIAGERE

Votre contrat bénéficie d'une garantie viagère immédiate, c'est à dire que nous ne pouvons pas le résilier sauf pour non paiement des cotisations ou en cas de fausses déclarations.

LA COTISATION

COMMENT EST-ELLE CALCULEE ?

Votre cotisation tient compte :

- des garanties souscrites,
- du nombre de personnes assurées,
- de l'âge et du sexe de chacune de ces personnes,
- de la nature de leur Régime obligatoire*,
- de votre adresse.

A l'échéance* anniversaire de votre contrat, votre cotisation est réajustée en fonction de l'âge atteint par chaque bénéficiaire.

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 sera adressé. Ces frais ne sont pas assimilables à une majoration de tarif.

COMMENT EVOLUE-T-ELLE ?

Votre cotisation peut être modifiée pour des motifs à caractère technique (par exemple changement d'âge) à compter de la première échéance* annuelle qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

Si le barème des cotisations est modifié pour des motifs d'ordre législatif ou réglementaire portant sur la nature ou l'étendue des garanties de votre contrat, votre nouvelle cotisation est applicable à compter de la première échéance* rencontrée.

QUE POUVEZ-VOUS FAIRE EN CAS D'AUGMENTATION ?

En cas d'augmentation de votre cotisation à l'échéance*, vous* avez la possibilité de résilier votre contrat.

Dans ce cas, votre demande de résiliation* par lettre recommandée doit nous parvenir dans un délai d'un mois suivant la réception de l'avis d'échéance*.

La résiliation* prend effet 1 mois après réception de votre lettre recommandée. Vous* devrez nous régler la cotisation due pour la période de garantie entre la date d'échéance* de votre contrat et la date de résiliation* effective de votre contrat. Cette cotisation est calculée sur la base du tarif qui vous* était appliqué jusqu'à présent.

LES MODES DE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

Votre cotisation est payable d'avance par prélèvement bancaire ou par chèque :

- à notre siège social,
- ou chez notre représentant désigné aux Conditions Particulières*.

Son montant peut être fractionné à votre demande :

- en trimestres ou en semestres en cas d'appel de cotisation (dans ce cas, le montant est augmenté des frais accessoires supplémentaires),
- en trimestres, semestres ou mensuellement en cas de recouvrement par prélèvement bancaire.

QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS* NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance*, nous vous* adressons 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**.

Même si le contrat est suspendu pour non paiement d'une cotisation, **vous* devez payer les cotisations venant ultérieurement à échéance***.

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.

LES DECLARATIONS QUE VOUS* DEVEZ FAIRE

LES EVOLUTIONS 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, il faut nous déclarer dans le **délai d'1 mois** suivant le moment où vous* en avez eu connaissance les modifications concernant les événements suivants :

- changement de domicile* (si les personnes assurées ne résident plus en France Métropolitaine ou à Monaco, votre contrat sera résilié de plein droit),
- modification de la composition de votre famille,
- changement de situation au regard du Régime obligatoire*,
- retraite professionnelle, cessation temporaire ou définitive d'activité professionnelle.

A l'occasion de cette modification, vous* pouvez :

- **choisir de résilier votre contrat avec un préavis d'un mois dans les 3 mois suivant la date de l'événement,**
- **choisir de poursuivre votre contrat. Dans ce cas et si la modification entraîne un changement de cotisation, vous* avez 30 jours pour accepter ou refuser cette proposition. Si vous* refusez, la résiliation* prend effet 30 jours après sa notification.**

LES CONSEQUENCES DES DECLARATIONS NON CONFORMES A LA REALITE

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

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle entraîne :

- **soit une réduction de l'indemnité** à laquelle vous* pouvez prétendre selon le rapport entre la cotisation payée et celle qui aurait dû être payée en cas de déclaration exacte,
- **soit la résiliation* du contrat** dans un délai de dix jours après notification.

ASSURANCES CUMULATIVES

Pour une garantie de même nature, vous* ne pouvez être assuré auprès de plusieurs assureurs ou par plusieurs contrats (art. L 121-4 du Code des Assurances).

La souscription dolosive ou frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque entraîne la nullité du contrat*.

LES EVENEMENTS QUI PEUVENT MODIFIER VOTRE CONTRAT

LA GARANTIE D'UN NOUVEAU-NE

Si vous* nous déclarez un enfant dans les 3 mois qui suivent sa naissance, les garanties du contrat lui sont acquises **à compter du jour de sa naissance.**

LE DECES DU SOUSCRIPTEUR*

En cas de décès du souscripteur*, les autres personnes assurées peuvent résilier le contrat dans un délai **de 3 mois après le décès.**

LE REMBOURSEMENT DE LA COTISATION APRES RESILIATION

Si la résiliation* du contrat intervient entre deux échéances*, nous vous* remboursons la cotisation correspondant à la période non courue.

VOTRE ACCES A L'INFORMATION

L'APPLICATION DE VOTRE CONTRAT

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat :

- consultez d'abord votre assureur conseil,
- si nécessaire, adressez-vous* au « Service Réclamations Clients MMA », 14, bd Marie et Alexandre Oyon - 72030 Le Mans Cedex 9.

Ce service vous* aidera à rechercher une solution. Si un accord n'est pas trouvé, il vous* est possible de demander un avis à un tiers, le médiateur. Notre service clientèle vous* transmettra alors ses coordonnées.

L'AUTORITE DE CONTROLE

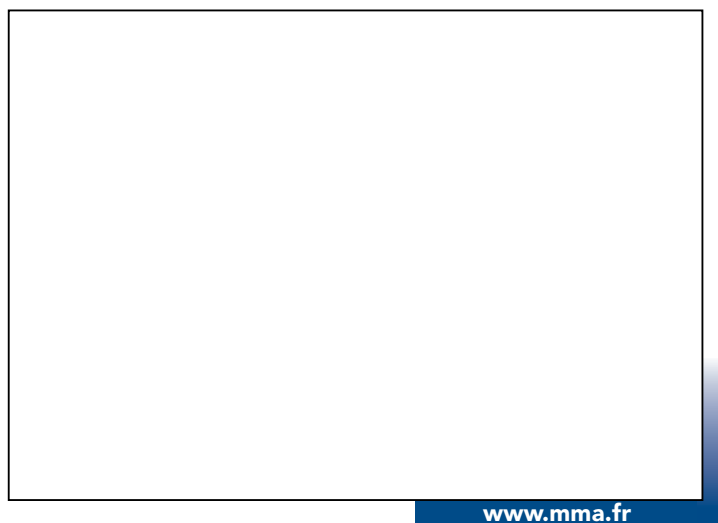
Le contrôle des Sociétés composant le Groupe des MMA, est effectué par l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), 61 rue Taitbout 75009 PARIS

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les données personnelles que vous* nous avez communiquées (par téléphone, messagerie électronique ou autrement) sont nécessaires pour les traitements informatiques liés à la gestion de votre contrat et peuvent être également utilisées, sauf opposition de votre part, à des fins commerciales.

Elles pourront être enregistrées à des fins de formation de notre personnel et dans le cadre de la gestion de nos sinistres.

Elles pourront être utilisées par nos mandataires, nos réassureurs, nos partenaires et organismes professionnels. Vous* pouvez à tout moment exercer vos droits d'opposition, de communication, de rectification, et de suppression de vos données personnelles par courrier adressé au Service Réclamations Clients MMA - 14, bd Marie et Alexandre Oyon - 72030 Le Mans Cedex 9.



www.mma.fr



C'EST LE BONHEUR ASSURÉ !