

REGLEMENT MUTUALISTE FRAIS DE SOINS DE SANTE GARANTIES CHROMA MODULO

V2027

Contenu

TITRE I – GENERALITES	6
Article 1 – Objet.....	6
Article 2 – Elaboration et Révision du règlement mutualiste	6
Article 3 – Entrée en vigueur	7
TITRE II – ADHESION : CONDITIONS – MODALITES - DUREE	7
Article 4 – Membres participants et Ayants droits.....	7
Article 5 – Conditions d’adhésion, Date d’effet, Durée, Renouvellement.....	8
5.1 Conditions d’adhésion – Information précontractuelle	8
5-2 Date d’effet de l’adhésion et date d’effet des garanties	9
5-3 Durée et Renouvellement de l’adhésion.....	9
5-4 Modalités de dénonciation ou de résiliation	10
5-5 Choix et Modification du niveau de garantie	10
5-7 Fin des garanties	10
Article 6 - Délai de renonciation	11
Article 7 - Résiliation de l’adhésion	11
7-1 A la demande du membre participant dans les cas suivants :	11
7-2 A la demande de la mutuelle dans les cas suivants :	12
7-3 A la demande du membre participant ou de la mutuelle	12
Article 8 Réticence, fausse déclaration, déclaration inexacte, omission.....	12
8-1 Réticence ou fausse déclaration intentionnelle.....	12
8-2 Déclaration inexacte, omission	12
TITRE III – GARANTIES DE LA MUTUELLE.....	13
Article 9 Garanties frais de soins de santé	13
9-1 Conditions d’ouverture des droits – Fait générateur.....	13
9-2 Remboursements – Délais d’attente.....	13
9-3 Exclusions et limitations de garanties.....	14
9-4 Contrats responsables.....	16
9-5 Avantages à la souscription.....	17
9-6 Soins engagés hors de France métropolitaine	17
Article 10 – Garantie annexes : Assistance	17
Article 11 - Correspondances avec les Membres Participants.....	18
TITRE IV – LES COTISATIONS	18
Article 12 - Montant des cotisations.....	18

Article 13 - Paiement des cotisations	19
Article 14 - Non-paiement des cotisations.....	19
Article 15 - Révision des cotisations	19
TITRE V – LES PRESTATIONS	19
Article 16 - Conditions de versement des prestations	20
16-1 Déclaration de sinistre	20
16-2 Forclusion- Déchéance des droits en cas de fraude.....	20
16-3 Délai de versement des prestations.....	20
16.4 Contrôles Médicaux	20
Article 17 - Relations clients.....	21
TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES	21
Article 18 - Prescription.....	21
Article 19 - Recours subrogatoire.....	22
Article 20 - Loi informatique et libertés	22
Article 21 - Loi et langue applicable.....	23
Article 22 – Réclamations- Médiation- Tribunal compétent.....	23
22-1 Réclamations	23
22-2 Médiation.....	23
22-3 Tribunal compétent.....	24
Article 23 - Autorité de contrôle	24
Article 24 – Sanctions Internationales	24
Article 25 : Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	25
Article 26 : Fraude	25
ANNEXE 1 – PRESTATIONS GAMME CHROMA INDIVIDUEL (CHROMA MODULO)	26
ANNEXE 2 – INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES VENTE A DISTANCE.....	46
ANNEXE 3 - PRESTATIONS D’ASSISTANCE.....	47

Définitions

Accident : Atteinte corporelle non intentionnelle de la part d'un adhérent provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent : l'employeur ayant adhéré au présent règlement pour la mise en œuvre des garanties indiquées au certificat d'adhésion, au profit de tout ou partie de ses salariés ou anciens salariés, si ces derniers sont prévus au certificat d'adhésion.

Assurance maladie obligatoire : L'Assurance maladie comprend l'ensemble des régimes obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé engagés et / ou compenser une perte de revenu liée à une incapacité physique de travail.

Assuré : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance-maladie.

Concubin : La personne vivant en couple avec l'adhérent de même sexe ou de sexe différent, dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisés (DPTAM et NON DPTAM) : Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013). L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique. Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires. En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO que ceux d'un médecin non adhérent. Un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est également introduit pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO.

Enfant à charge : est considéré comme enfant à charge l'enfant légitime, naturel reconnu ou non, adoptif ou recueilli du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par PACS ou de son concubin, s'il est effectivement à charge du Participant, c'est à dire si celui-ci pourvoit à ses besoins et assure son entretien, à la date du sinistre et s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- Ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 16 ans et bénéficier des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
- Ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 18 ans et être à la charge fiscale participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
- Ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 28 ans et justifiant au moins d'une des dispositions suivantes :
 - o De poursuivre ses d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,

- De bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou en contrat d'alternance,
- D'être titulaire d'un emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification, de professionnalisation ou d'un contrat de même type,
- D'être volontaire en service civique (article L. 120-1 du code du service national, introduit par la loi du 10 mars 2010 relative au Service Civique),
- D'être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à France Travail. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.
- Ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 21 ans et être atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, ayant entraîné, à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 20 ans des avantages de la Sécurité sociale en qualité d'ayant droit du participant,
- Quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent les allocations légales d'adultes handicapés. Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources peuvent être garantis.

Est également considéré comme enfant à charge l'enfant, s'il remplit l'une des conditions énumérées ci-dessus, pour lequel l'adhérent verse une pension alimentaire.

Fait générateur : Est définie comme date de fait générateur la date d'exécution pour les actes médicaux ou paramédicaux, la date d'entrée en établissement hospitalier pour les garanties liées à l'hospitalisation.

Forfait journalier hospitalier : Il s'agit de la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit). Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Forfait sur les actes dits « lourds » : Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe à la charge de l'assuré sur certains actes, en remplacement du ticket modérateur habituel. Cette participation forfaitaire s'applique sur les actes pratiqués, en ville ou en établissements de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'état, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'Assurance Maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60. C'est pourquoi on le qualifie de participation forfaitaire ou de forfait sur les actes lourds. Depuis le 1^{er} avril 2026, le montant de cette participation est de 32€. Ce forfait est systématiquement pris en charge lors que la couverture complémentaire santé est responsable.

Forfait patient urgences : Le forfait patient urgence (FPU) correspond à la participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences sans être hospitalisé.

Garanties : C'est l'engagement de l'organisme complémentaire d'assurance maladie à assurer la prise en charge totale ou partielle de certains postes de dépenses qui composent la couverture complémentaire santé. Le niveau de prise en charge est indiqué dans les documents contractuels.

Honoraires limite de facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné par l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné.

Prothèses capillaires de Classe I (100% Santé) : prothèses en fibres synthétiques, avec une surface d'implantation manuelle d'au moins 30 cm². Elles sont intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Prothèses capillaires de Classe II : prothèses contenant au moins 30% de cheveux naturels, avec une surface implantée manuellement supérieure à 100 cm². Elle sera intégralement

remboursée par l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé sans reste à charge pour l'adhérent.

Prothèses capillaires de Classe III : prothèses contenant au moins 50 % de cheveux naturels, avec une surface implantée manuellement supérieure à 50 cm². Elles bénéficient d'un encadrement de leur reste à charge.

Prothèses capillaires de Classe IV : Prothèses 100% naturelles. Elles sont prises en charge partiellement par l'assurance maladie.

Remboursements :

- Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) : Assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.
- Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.
- Ticket modérateur (TM) : il correspond à la part des frais de soins de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire et qui reste donc à charge de l'assuré. Il est égal à la différence entre la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale et le Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale.

Soins courants : Il s'agit de l'ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médicosociaux. Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examen de laboratoire ou de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires.

Ticket modérateur : C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné, ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée. Le ticket modérateur peut être forfaitaire pour certains actes dits « *lourds* ». Il est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables « *sauf exceptions* ». La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur : il constitue l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré avant l'intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Tiers Payant : Ce système de paiement évite au patient de faire l'avance de tout ou partie des frais au prestataire de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ ou les complémentaires pour les soins ou produits

TITRE I – GENERALITES

Article 1 – Objet

Le présent règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle Générale Interprofessionnelle (dite MGI), sise à Paris 14^{ème}, 8 bis Allée Gaston Bachelard (Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite sous le numéro SIREN 437 994 205). Il définit notamment les prestations et les cotisations, et ceci pour les garanties « Chroma Santé Individuel », aussi dénommées « Chroma MODULO » couvertes par la MGI dans le cadre du présent règlement mutualiste.

Ce règlement mutualiste est établi conformément à l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité.

Article 2 – Elaboration et Révision du règlement mutualiste

Pour les opérations individuelles le conseil d'administration élabore le règlement mutualiste en tenant compte des règles générales fixées par l'assemblée générale et lui rend compte chaque année.

Le présent règlement a été approuvé par le conseil d'administration de la MGI et peut faire l'objet de révisions par le conseil d'administration de la MGI en application des dispositions statutaires. Toute modification doit être portée à la connaissance de chaque Membre Participant. Un Membre Participant dispose d'un délai de 10 jours après réception des modifications s'il veut, compte tenu de ces modifications, résilier son adhésion au règlement mutualiste. Une résiliation doit être notifiée à la mutuelle selon l'une des modalités énumérées à l'article 5-4 ci-après.

Article 3 – Entrée en vigueur

Les dispositions du présent règlement s'appliquent à compter du 1er janvier 2026

TITRE II – ADHESION : CONDITIONS – MODALITES - DUREE

Article 4 – Membres participants et Ayants droits

L'adhésion au présent règlement est réservée à toute personne affiliée à un régime de base obligatoire maladie de la Sécurité sociale française et dont le domicile principal est situé sur le territoire français.

Les Membres participants sont des personnes physiques, âgés au minimum de 16 ans, qui ont fait acte d'adhésion à la Mutuelle, versent une cotisation et bénéficient et peuvent faire bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- Le conjoint, le concubin ou la personne liée par un PACS. Dans les deux derniers cas ils devront justifier d'une vie commune d'au moins deux ans.
- Les enfants à charge

Est considéré comme enfant à charge l'enfant légitime, naturel reconnu ou non, adoptif ou recueilli du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par PACS ou de son concubin, s'il est effectivement à charge du Participant, c'est à dire si celui-ci pourvoit à ses besoins et assure son entretien, à la date du sinistre et s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- Ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 16 ans et bénéficier des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
- Ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 18 ans et être à la charge fiscale participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
- Ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 28 ans et justifiant au moins d'une des dispositions suivantes :
 - o De poursuivre ses d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé, de bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou en contrat d'alternance,
 - o d'être titulaire d'un emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification, de professionnalisation ou d'un contrat de même type,
 - o d'être volontaire en service civique (article L. 120-1 du code du service national, introduit par la loi du 10 mars 2010 relative au Service Civique),
 - o D'être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à l'Assurance chômage. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo demandeurs d'emploi.
- Ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 21 ans et être atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, ayant entraîné, à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 20 ans des avantages de la Sécurité sociale en qualité d'ayant droit du participant,
- Quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent les allocations légales d'adultes handicapés. Les

handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources peuvent être garantis.

Est également considéré comme enfant à charge l'enfant, s'il remplit l'une des conditions énumérées ci-dessus, pour lequel le participant verse une pension alimentaire.

Est également considéré comme enfant à charge les petits-enfants du membre participant retraité, s'ils remplissent l'une des conditions énumérées ci-dessus, pour lequel le participant verse une pension alimentaire.

A leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants de la mutuelle sans l'intervention de leur représentant légal.

Les ayants droit bénéficient de garanties identiques à celles souscrites par le membre participant.

Toutes les opérations financières entre la Mutuelle et un assuré doivent obligatoirement être réalisées à partir et vers un compte bancaire domicilié en zone SEPA. Elles sont obligatoirement faites en euros.

Article 5 – Conditions d'adhésion, Date d'effet, Durée, Renouvellement

5.1 Conditions d'adhésion – Information précontractuelle

Les Garanties « Chroma Santé Individuel » (Chroma Modulo) sont ouvertes aux nouvelles adhésions, à l'exception des options facultatives « Arc en ciel » et les gammes « Bleu, Indigo, Violet » qui sont fermées à la souscription.

Pour adhérer au règlement, le membre participant doit remplir et signer un bulletin d'adhésion en précisant les ayants droit qui seront assurés ainsi que les garanties choisies et le niveau de garanties choisi.

Pour être recevable, le bulletin d'adhésion doit être accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires demandées par la Mutuelle qui sont les suivantes :

- La photocopie d'une pièce d'identité valide du membre,
- L'attestation de la carte vitale valide à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro de Sécurité sociale,
- L'autorisation de prélèvement SEPA dûment complétée - un relevé d'identité bancaire ou postal.

Outre ces justificatifs, dans le cas d'une affiliation de conjoint (concubin ou PACSE) ou d'enfant à charge, simultanée ou postérieure à celle du membre, il est nécessaire de fournir les pièces suivantes :

- Une copie du livret de famille ou de l'attestation d'engagement dans les liens d'un pacte civil de solidarité (PACS), ou une attestation de vie maritale et de domicile commun,
- Un certificat de scolarité pour les enfants à charge assurés sociaux ou étudiants âgés de plus de 16 ans et de moins de 28 ans,
- Un certificat d'apprentissage, d'alternance, de service civique pour les enfants à charge concernés âgés de moins de 28 ans,
- Un justificatif d'emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification, de professionnalisation pour les enfants à charge concernés âgés de moins de 28 ans,
- Un justificatif d'inscription à Assurance chômage pour les enfants de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi
- Une carte d'invalidité pour les enfants à charge infirmes de moins de 21 ans.
- Un justificatif d'allocation d'adulte handicapé pour les personnes concernées

La déclaration d'affiliation doit être accompagnée de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale, en vigueur à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires affiliés au contrat.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par le présent règlement Mutualiste conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité.

La MGI remet au Membre Participant ou futur Membre Participant, avant la signature du bulletin d'adhésion, les statuts de la MGI, le présent règlement Mutualiste « MGI – Frais de soins de santé – Chroma Modulo » et un document d'information standardisé. En cas de vente à distance sont aussi remises au Membre Participant les informations précontractuelles obligatoires (article L.221-18 du Code de la Mutualité).

Une fiche d'information et de conseil est aussi remise au Membre participant préalablement à toute adhésion comprenant notamment le type de rémunération versée au distributeur.

Les documents remis au Membre Participant avant la signature du bulletin d'adhésion le sont sous format papier.

Ces documents peuvent aussi être remis sur un support durable autre que le papier si le Membre Participant a choisi ce mode de communication après avoir eu le choix entre un support papier et un support durable. Le Membre Participant peut à tout moment s'opposer à l'utilisation du support durable et demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de ses relations contractuelles avec la Mutuelle.

La MGI peut être amenée à recueillir des coordonnées téléphoniques d'un Membre Participant ou de son Conjoint.

5-2 Date d'effet de l'adhésion et date d'effet des garanties

L'adhésion prend effet le 1er jour du mois civil suivant la date de réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion accompagné des pièces justificatives nécessaires telles que mentionnées à l'article 5-1 ci-dessus, ou le premier jour d'un mois postérieur si cela a été demandé sur le bulletin d'adhésion.

Lorsque concomitamment à sa demande d'adhésion, le Membre participant résilie sa garantie en cours auprès d'un autre organisme assureur, en application des dispositions de l'article L221-10-2 du code de la mutualité, son adhésion auprès de la mutuelle ne prend effet qu'au jour de la fin de son adhésion auprès de l'autre organisme assureur ou de la date de résiliation de son ancien contrat.

La mutuelle émet et transmet au membre participant un certificat d'adhésion mentionnant la date d'effet de l'adhésion et la date de prise d'effet des garanties.

Seule la date d'effet de l'adhésion et la date d'effet des garanties figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

La garantie est accordée immédiatement à compter de la date de prise d'effet des garanties sauf pour certains actes assortis de délais d'attente selon les dispositions de l'article 9.1

L'affiliation d'un ayant droit prend effet le 1er jour du mois civil suivant la date de réception de la demande d'affiliation par la mutuelle. En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant, l'affiliation de celui-ci prend effet le 1^{er} jour du mois civil du mois de réception de la demande d'affiliation.

5-3 Durée et Renouvellement de l'adhésion

L'adhésion se renouvelle ensuite, au 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf si le membre participant a manifesté sa volonté d'y mettre fin.

Pour la première année d'adhésion, la résiliation peut intervenir à la date d'échéance, soit le 31 décembre minuit, moyennant le respect d'un préavis de deux mois. La résiliation doit être notifiée avant le 31 octobre à la mutuelle selon l'une des modalités énumérées à l'article 5-4 ci-après.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de son adhésion à la mutuelle, le membre participant peut dénoncer son adhésion à tout moment, sans frais ni pénalités. Cette dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant (cette dénonciation étant notifiée à la mutuelle selon l'une des modalités énumérées à l'article 5-4 ci-après).

La mutuelle communique, par tout support durable, au membre participant, un avis de dénonciation l'informant de la date de prise d'effet de celle-ci.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée dans les conditions prévues aux deux alinéas ci-dessus, le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

5-4 Modalités de dénonciation ou de résiliation

Lorsque le membre participant a le droit de dénoncer l'adhésion au règlement, la notification de la dénonciation ou de sa résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

1° Soit par lettre ou tout autre support durable adressé à la mutuelle ;

2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;

3° Soit par acte extrajudiciaire adressé à la mutuelle ;

4° Soit, lorsque la mutuelle propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

5-5 Choix et Modification du niveau de garantie

Le membre participant indique sur le bulletin d'adhésion le niveau de garanties qu'il a choisi parmi les options proposées. Ce choix s'applique à l'ensemble des ayants droits désignés sur le bulletin d'adhésion.

Il n'est possible de changer de niveau de garantie qu'une seule fois. La Mutuelle se réserve le droit d'accepter ou de refuser, l'accord de la MGI pouvant intervenir par enregistrement avec signature vocale. Une demande de modification du niveau de garantie ne peut être opérée qu'à l'échéance annuelle du contrat, moyennant un délai de prévenance de 1 mois parmi les options ouvertes à la souscription. Toute modification de niveau de garantie correspond une résiliation du contrat en cours et à la souscription d'un nouveau contrat avec les nouvelles garanties choisies.

5-6 Affiliation et radiation des ayants droits

Les affiliations des ayants droit s'effectuent soit au moment de l'adhésion du membre participant, en le spécifiant sur le bulletin d'adhésion, soit au 1er jour du mois civil suivant la date de réception d'une demande d'affiliation d'un ayant droit par la mutuelle spécifiant les noms, prénoms, date de naissance, n° de Sécurité sociale du (ou des) ayant(s) droit à affilier, accompagné des pièces justificatives correspondantes mentionnées à l'article 5-1 ci-dessus.

Si un ancien ayant droit en fait la demande, il peut devenir membre participant de la mutuelle pour continuer à bénéficier des garanties qui lui étaient accordées lorsqu'il était ayant droit, en contrepartie du paiement des cotisations applicables pour la garantie souscrite.

Un membre participant peut radier un ayant droit quand il le souhaite. La prise en compte de la radiation est effective au premier jour du trimestre suivant la date de la demande de radiation sous réserve d'un délai de prévenance d'un mois. Le membre participant ne peut revenir sur la radiation d'un ayant droit.

5-7 Fin des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion au règlement (et pour un ayant droit à la date d'effet de sa radiation).

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, ni après la date de radiation ou d'exclusion, ou pendant une période de suspension de l'adhésion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Article 6 - Délai de renonciation

Le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires pour se rétracter (en ce inclus le délai de 14 jour calendaire en matière de vente à distance – article L221-18 du code de la mutualité – ou de démarchage – article L221-18-1 du code de la mutualité) :

- À compter du jour où le membre participant est informé que son adhésion a pris effet (qui correspond au retour par courrier du certificat d'adhésion, le cachet de la poste faisant foi),
- Ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations de l'article L221-18 du code de la mutualité si cette dernière date est postérieure à celle du jour où il est informé que son adhésion a pris effet.

Le membre participant a le droit de renoncer sans donner de motif.

Le courrier de renonciation devra être envoyé à MGI, 8 Bis Allée Gaston Bachelard, 75014 Paris en recommandé ou par envoi recommandé électronique (cf. modèle de lettre ci-après).

Modèle de lettre de renonciation à adresser à la mutuelle :

« Je déclare renoncer à mon adhésion du ./../.. au règlement mutualiste frais de soins de santé.

Date signature (nom et prénom, adresse, date de la demande d'adhésion) »

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le membre participant envoie sa lettre recommandée avec accusé de réception ou son envoi recommandé électronique, avant l'expiration du délai de renonciation.

En cas de renonciation par le membre participant, la mutuelle rembourse tous les paiements reçus du membre participant au plus tard trente jours à compter du jour où la mutuelle a été informée de la décision de renonciation du membre participant.

Si le membre participant a demandé à la mutuelle le versement de prestations dans le délai de renonciation de trente jours visé ci-dessus, le membre participant ne peut plus user de sa faculté de renonciation puisqu'il a demandé expressément l'exécution du contrat par la mutuelle.

Article 7 - Résiliation de l'adhésion

7-1 A la demande du membre participant dans les cas suivants :

- Au 31 décembre minuit de la première année de l'adhésion à la mutuelle, sous réserve que cette demande soit adressée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre selon l'une des modalités énumérées à l'article 5-4 ci-avant,
- Après une année complète d'adhésion à la mutuelle, conformément aux dispositions de l'article L221-10-2 du code de la mutualité : un mois après que la mutuelle a reçu notification de la résiliation du membre participant (voir ci-dessus paragraphe 5-3).
- En cours d'année si le membre participant justifie être couvert au titre d'un contrat groupe obligatoire, à la condition que le nouvel organisme complémentaire fournisse l'attestation correspondante, auquel cas, l'adhésion à la mutuelle cesse au 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande par la mutuelle (demande accompagnée de l'attestation correspondante) et les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En application des dispositions de l'article L221-10-1 du code de la mutualité, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant le 31 octobre, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret. La résiliation est effectuée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu au paragraphe 5-4 ci-avant et prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

7-2 A la demande de la mutuelle dans les cas suivants

En cas de non-paiement de la cotisation, selon les dispositions prévues à l'article 14.

7-3 A la demande du membre participant ou de la mutuelle

Le membre participant ou la Mutuelle peut résilier l'adhésion en cours d'année, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants si les risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle :

- Domiciliation à l'étranger (hors du territoire français),
- Changement de situation matrimoniale,
- Changement du régime matrimonial,
- Changement de profession,
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La fin de l'adhésion ne peut alors intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Article 8 Réticence, fausse déclaration, déclaration inexacte, omission

8-1 Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

La garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Le membre participant sera privé de tout droit à prestation.

Les cotisations versées resteront acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

8-2 Déclaration inexacte, omission

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du Règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

TITRE III – GARANTIES DE LA MUTUELLE

Article 9 Garanties frais de soins de santé

La garantie frais de soins de santé a pour objet :

- En cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant ainsi qu'à ses ayants droit bénéficiaires du contrat, le remboursement, dans la limite des prestations accordées au titre de la garantie souscrite, des frais médicaux engagés pendant la période de garantie ; ce remboursement intervenant en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité. **Seuls sont pris en charge les actes remboursés par la Sécurité sociale.**
- Toutefois la Mutuelle peut également rembourser des dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale si cela est prévu à la garantie souscrite et indiqué dans l'annexe énumérant les prestations accordées par la mutuelle.
- Le cas échéant, la mutuelle peut assurer le versement d'indemnités forfaitaires. Lorsque cela est le cas, ces indemnités forfaitaires sont indiquées dans l'annexe énumérant les prestations accordées par la mutuelle.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ont un caractère indemnitaire et ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du membre participant et de ses ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Les garanties accordées, le niveau des garanties ainsi que les modalités de versement des prestations sont annexés au présent règlement.

9-1 Conditions d'ouverture des droits – Fait générateur

Seuls sont pris en charge par la mutuelle les frais dont le fait générateur est survenu pendant la validité de l'adhésion du bénéficiaire au règlement mutualiste. Est défini comme fait générateur :

- La date de facturation pour la pharmacie, les accessoires médicaux, l'appareillage et l'optique ;
- La date de réalisation de l'acte pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, d'ostéopathie, de chiropractie, d'acupuncture (réalisé par un professionnel habilité à l'exercer), de diététique, les honoraires de médecins, les analyses et examens et la date des actes lourds pour la participation forfaitaire ;
- La date de séjour pour l'hospitalisation ;
- Les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

9-2 Remboursements – Délais d'attente

Les remboursements, à l'exception des forfaits, sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime Obligatoire de Sécurité sociale et à partir de tout autre document justificatif des dépenses de santé demandé par la mutuelle.

La Mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte.

Les dates servant de référence pour le calcul des prestations sont :

- Les dates de facturation pour la pharmacie, les accessoires médicaux, l'appareillage et l'optique ;
- Les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, d'ostéopathie, de chiropractie, d'acupuncture (réalisé par un professionnel habilité à l'exercer), de diététique, les honoraires de médecins, les analyses et examens et la date des actes lourds pour la participation forfaitaire;
- Les dates de début et de fin de séjour pour l'hospitalisation ;
- Les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

9-3 Exclusions et limitations de garanties

En application des dispositions des articles L871-1 et R871-1 du code de la Sécurité sociale, sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- **La participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'article L160-13 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **la majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'article L162-5-3 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription du médecin traitant, sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus);**
- **La prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L162-5 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour**

Des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins),

- **Tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.**

Le montant des prestations servies par le régime obligatoire pourra varier si le membre participant ou l'ayant droit ne respecté pas le parcours de soins coordonnés.

La mutuelle pratique le tiers payant au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

Les remboursements en optique et les remboursements des aides auditives, lorsqu'une garantie est responsable au sens de l'article L871-1 du code de la sécurité sociale, s'effectuent dans la limite des planchers et des plafonds prévus à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Pour l'optique, les montants remboursés sont fonction des corrections visuelles et du classement du dispositif d'optique en prise en charge renforcée ou non.

La prise en charge d'une monture, hors prise en charge renforcée, est toujours limitée au maximum à 100 euros selon les garanties souscrites.

Les garanties comprennent la prise en charge d'un seul équipement d'optique médicale tous les deux ans (équipement d'optique médicale composé de deux verres et d'une monture), sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (un équipement par an et par bénéficiaire).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Ce délai de deux ans s'apprécie à compter de la date d'achat de l'acquisition précédente pour l'assuré concerné.

Les prises en charge pour les aides auditives (autres que celles des dispositifs à prise en charge renforcée) ne peuvent jamais dépasser, quelles que soient les garanties souscrites, au maximum 1 700 euros par aide auditive (ce montant incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° de l'article R871-2 du code de la sécurité sociale).

Pour les aides auditives, les garanties comprennent la prise en charge d'une seule aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

La mutuelle intervient dans les limites indiquées dans les tableaux de garanties présentés en annexe qui font partie intégrante du règlement mutualiste.

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle :

- **Tous frais et honoraires non pris en charge par la Sécurité sociale sauf dispositions spécifiques incluses dans les tableaux de garanties annexées.**
- **Les frais de confort personnel (téléphone, télévision...),**
- **le forfait journalier concernant les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT), centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), Institut Médico Educatif (IME), Institut médico-professionnel (IMP), Institut médico professionnel (IMPRO), Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP))**
- **Et d'une manière générale, sont exclues des remboursements accordés dans le cadre de la gamme Chroma Individuel (Chroma Modulo) toutes les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens des articles L.871-1, R871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale.**

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite de se prévaloir de ces exclusions et la mutuelle est en droit de réclamer le remboursement de l'indu.

Les actes ou les frais ne figurant pas à la nomenclature de la sécurité sociale ne sont pas prise en charge sauf stipulations spécifiques prévus dans le tableau de garanties. De plus l'Assureur ne prend pas en charge les frais de chirurgie esthétique, à l'exception de la chirurgie réparatrice prise en charge par le régime d'assurance obligatoire de base dont relève le membre participant, sous réserve de demande préalable formulée à l'Assureur ou à son gestionnaire accompagné sur compte rendu établi par le chirurgien.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- **De guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvement populaires**
- **De désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes**
- **De traitement ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique**
- **De cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou de séjour en institut médico-pédagogique et établissements similaires**
- **D'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par le membre participant des prescriptions du médecin**

Même si le régime obligatoire est intervenu, ne donnent pas lieu à prestations pour les

hospitalisations, actes chirurgicaux, soins et prothèses dentaires, actes de kinésithérapie :

- **Les conséquences de l'éthylisme aigu ou chronique médicalement reconnu de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,**
- **Les frais de séjour climatique à la campagne, à la mer, à la montagne et en colonie sanitaire (sauf en Sanatorium ou en Préventorium),**
- **Les cures d'amaigrissements, de rajeunissement, de désintoxication et de thalassothérapie,**
- **Les traitements à visée esthétique, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti,**
- **Les traitements psychanalytiques,**
- **Les interventions chirurgicales à visée reconstructrice, esthétique ou plastique à l'exception de celles consécutives à un accident garanti ou à une maladie, les interventions comportant une réduction de la masse grasseuse, ainsi que les interventions pour rhinoplastie ou septoplastie nasale. Restent néanmoins garanties, les rhinoplasties justifiées par un traumatisme nasal survenu ou une maladie pendant la période garantie,**
- **Les interventions chirurgicales pour hypertrophie ou hypotrophie mammaire, ainsi que les interventions comportant une lipectomie, une liposuction, une lipoaspiration, une liposculpture, une plastie abdominale,**
- **Les séjours en centres, services ou établissements dit de longs séjours, de gériatrie, de gériatrie,**
- **Les séjours psychopédagogiques, pédagogiques, à visée diététique ou de rééducation alimentaire,**
- **Les frais en maisons d'accueil spécialisées (MAS), et les frais en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).**

9-4 Contrats responsables

Les parties ont convenu de placer ce contrat dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé, dits « Contrats responsables » conformément aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité Sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du 100% Santé instituée par la loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité Sociale.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalables des adhérents et délivrance d'une nouvelle notice d'information.

Pour ce faire le contrat prend en charge :

- L'intégralité de la participation des adhérents (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré
- L'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L 174-4 du code de la sécurité sociale sans limitation de durée.
- Des frais exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilités pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima, incluant la participation des adhérents fixés au 3° de l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.
- L'intégralité des prothèses dentaires, équipement optique et équipement auditif entrant dans le champ d'une prise en charge renforcée sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale et selon les modalités fixées au 3° ; 4° et 5° de l'article R 871-2 du Code de la Sécurité

Sociale modifié par le décret N° 2019-21 du 11 Janvier 2019. Ces prises en charge s'entendent dans la limite des prix limite de vente (PLV) relatifs à ces équipements fixés par le même article.

- Certaines prothèses capillaires et fauteuils roulants conformément au décret N°2025-1131 du 26 novembre 2025 modifiant l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Le contrat ne prend pas en charge :

- **Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTAM (Dispositif de pratique tarifaire maîtrisé) au-delà de la limite fixée par le décret.**
- **La participation forfaitaire et les franchises mentionnées dans l'article L 160-13 II et III du Code de la Sécurité Sociale**
- **La majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visites de médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés, en l'absence ou sans prescription du médecin traitant**
- **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques**
- **La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour le non-respect du parcours de soin ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celle prévues légalement sur certains actes tel que les actes lourds),**
- **Les dépassements des plafonds des Prix limites de Vente des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.**
- **La participation forfaitaire applicable aux consultations et à certains examens médicaux,**
- **Les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport**
- **Et de manière générale tout autre acte, prestation ou majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L 87161 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application.**

9-5 Avantages à la souscription

Des avantages ponctuels et temporaires peuvent être accordés aux nouveaux affiliés à la gamme Chroma Individuel (Chroma Modulo) :

- L'entrée à "68 ans et plus" et "75 ans et plus" s'entend comme étant l'âge d'adhésion à la MGI (sans discontinuité).
- Les adhérents de la Gamme Historique ayant 75 ans et plus et qui souhaitent souscrire au contrat Chroma Individuel (Chroma Modulo) bénéficient de la tarification "67 ans et plus" quel que soit leur âge à l'adhésion dans Chroma.
- Tout nouvel adhérent bénéficie d'une gratuité de deux mois de cotisations les deux derniers mois de l'année (novembre/ décembre) pendant 3 ans à Chroma pour lui, son conjoint (concubin ou PACSE), ses enfants à charge et ses petits enfants à charge, dans la mesure où il conserve son adhésion à Chroma au moins 12 mois.

9-6 Soins engagés hors de France métropolitaine

Les frais de soins de santé engagés hors de France métropolitaine, pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français, sont remboursés selon les bases prévues au règlement pour l'option souscrite. L'ensemble des remboursements par le régime obligatoire et complémentaire ne devra pas dépasser les frais réellement engagés.

Article 10 – Garantie annexes : Assistance

En application de l'Article L.221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses Membres Participants et leurs ayants droits ou une catégorie d'entre eux, de garanties supplémentaires.

Si la garantie assistance est prévue à l'annexe au règlement mutualiste précisant les prestations accordées, les membres participants ainsi que leurs ayants droit en bénéficient automatiquement.

Il s'agit d'un service d'assistance qui consiste à aider le membre participant et ses ayants droits bénéficiaires, dans le cas d'un décès, d'un accident corporel ou d'une maladie, nécessitant une hospitalisation ou une immobilisation à son domicile du membre participant ou d'un ayant droit bénéficiaire.

Le service assistance prévoit également de fournir des renseignements sur de nombreux domaines de la vie quotidienne.

Les services et leurs conditions d'application sont décrits dans la notice correspondante figurant en annexe au règlement. Cette garantie accordée en inclusion est assurée et gérée par FILASSISTANCE INTERNATIONAL (ci-après dénommée « FILASSISTANCE »), Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Article 11 - Correspondances avec les Membres Participants

Les correspondances entre le Membre participant et la Mutuelle pourront être échangées par voie électronique et notamment par courrier électronique dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables et notamment de l'article L2216-5 du code de la mutualité.

Elles auront force probante dans les conditions du Code civil.

Un Membre Participant peut à tout moment s'opposer à l'utilisation de la voie électronique et demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de ses relations contractuelles avec la Mutuelle.

TITRE IV – LES COTISATIONS

Article 12 - Montant des cotisations

Les cotisations sont exprimées en euros. Lorsqu'elles sont calculées en fonction de l'âge, l'âge retenu correspond à la différence de millésime entre l'année d'exercice et l'année de naissance.

Les cotisations sont calculées en fonction de l'âge du Membre participant.

La cotisation est gratuite :

- Pour tous les enfants âgés de moins de 3 ans à partir du 3ème enfant à charge et bénéficiaire du contrat pour les non retraités,
- Dès le 1er enfant et petit-enfant à charge pour les retraités.

Un tarif préférentiel est accordé pour le couple. Pour les adhésions à un contrat Chroma Modulo Santé avant 2019, l'âge retenu pour le calcul de la cotisation est :

- L'âge de la personne la plus jeune lorsque, à l'adhésion, les 2 conjoints sont bénéficiaires ou ayants droit d'une structure membre du Groupe Lourmel (association 1901) ;
- L'âge de la personne la plus âgée si, à l'adhésion, aucun des deux conjoints n'est bénéficiaire ou ayant droit d'une structure membre du Groupe Lourmel (association 1901) ;
- L'âge à l'adhésion de la personne bénéficiaire ou ayant droit d'une structure membre du Groupe Lourmel (association 1901) dans le cas où seulement un des 2 conjoints est bénéficiaire ou ayant droit d'une structure membre du Groupe Lourmel (association 1901).

La grille de tarification évolue avec l'âge retenu jusqu'à 66 ans. A partir de 67 ans, elle est indépendante de l'âge retenu.

Pour toutes les nouvelles adhésions à MGI, une cotisation spécifique est prévue :

- Si l'âge retenu à l'adhésion est entre 68 et 74 ans,
- Si l'âge retenu à l'adhésion est supérieur ou égal à 75 ans.

Cette cotisation n'évolue plus en fonction de l'âge retenu.

A compter du 1er janvier 2019, dans les cas suivants pour le contrat Chroma Modulo :

- Nouvelle adhésion à un contrat Chroma Modulo,
- Changement de niveau de garanties ou modification de garantie,
- Ajout d'un conjoint (concubin ou PACSE), l'âge retenu pour le calcul de la cotisation est l'âge moyen du couple (déterminé par différence de millésime, éventuellement arrondi à l'entier inférieur).

Ce calcul d'âge ne pourra conduire à changer de catégorie tarifaire si celle-ci se situe dans les catégories suivantes : 67 ans et plus, adhésion à la MGI entre 68 ans et 74 ans et enfin adhésion à la MGI à 75 ans et +.

Article 13 - Paiement des cotisations

Les cotisations sont annuelles et payables mensuellement ou trimestriellement à terme à échoir, uniquement par prélèvement automatique sur compte bancaire domicilié en France.

A titre exceptionnel, les régularisations de cotisations pourront être payées par chèque bancaire, à l'ordre de MGI.

Lorsque le bulletin d'adhésion est réceptionné par la mutuelle après le 20 du mois en cours, le montant de la cotisation dû pour ce mois ou ce trimestre sera fractionné et rapporté sur le nombre de mois ou de trimestres restants à courir jusqu'à la fin de l'exercice.

Tout mois commencé est dû intégralement.

Article 14 - Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, les garanties seront suspendues trente jours après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au Membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension des garanties, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée (article L221-7 du Code de la Mutualité).

La Mutuelle se réserve le droit d'exercer son droit de résiliation des garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa de l'article précité.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (article L.221-7 du code de la Mutualité).

Article 15 - Révision des cotisations

Les taux de cotisation sont réexaminés par le Conseil d'administration de la Mutuelle une fois par an et peuvent être modifiés en fonction des résultats mutualisés du régime.

La nouvelle tarification est notifiée au membre participant au plus tard le 15 octobre de l'année N. A défaut, le membre participant peut résilier son contrat dans les conditions de l'Article L221-10-1 du code de la Mutualité (voir article 7-1 du règlement)

Elle prend effet le 1er janvier de l'année N+1.

Les taux de cotisation peuvent également être modifiés à tout moment par la Mutuelle en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale.

Cette modification devra être notifiée au membre participant avant sa date d'entrée en application (date indiquée dans ce même courrier).

TITRE V – LES PRESTATIONS

Article 16 - Conditions de versement des prestations

16-1 Déclaration de sinistre

Le membre participant et plus généralement tout bénéficiaire des garanties est tenu, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à la Mutuelle les déclarations et pièces justificatives mentionnées ci-après.

Sauf si la prestation dont a bénéficié le membre participant ou l'un de ses ayants droit s'effectue par une télétransmission « NOEMIE », le membre participant doit joindre selon le type de prestation concernée :

- Optique : facture détaillée de l'opticien + prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la sécurité sociale.
- Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : décompte original de la Sécurité Sociale + la facture détaillée du praticien indiquant la codification des actes selon la nomenclature des actes de la Sécurité Sociale.
 - o Facture détaillée du praticien dans le cas où les garanties spécifiées dans les conditions particulières prévoiraient le versement d'un forfait par la Mutuelle.
 - o Le membre participant peut transmettre à la Mutuelle, pour avis préalable sur le montant de la prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.
- Cures thermales : certificat de séjour + décompte original de la Sécurité Sociale
- Consultation - visites - pratique médicale courante – pharmacie – soins dentaires – prothèses dentaires acceptées en totalité par la Sécurité Sociale – prothèses diverses : décompte original de la Sécurité Sociale.
- Vaccins : facture détaillée du pharmacien
- Consultation de Médecine Douce : facture détaillée du praticien

La Mutuelle se réserve le droit de demander au membre participant ou à l'ayant droit toute autre pièce justificative.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

16-2 Forclusion- Déchéance des droits en cas de fraude

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent être produites à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance du fait générateur ou sa connaissance par le membre participant ou l'ayant droit.

En cas de déclaration frauduleuse à l'occasion d'une demande de versement de prestations, le membre participant est déchu de ses droits pour le sinistre en cause et la mutuelle n'est redevable d'aucune prestation.

16-3 Délai de versement des prestations

La Mutuelle s'efforce de verser ses prestations Frais de Soins de Santé dans les 48 heures qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaires non compris.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

16.4 Contrôles Médicaux

La Mutuelle peut faire procéder par un médecin désigné par elle, au contrôle médical du membre participant ou de l'ayant droit qui bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat.

Si le membre participant ou l'ayant droit se refuse à un contrôle ou si, n'ayant pas notifié à la Mutuelle son changement d'adresse, il ne peut être joint, les garanties et les prestations sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du participant.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin du bénéficiaire, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager dans un délai d'un mois à compter de la notification

de cette contestation. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier sa désignation sera demandée par la partie la plus diligente au Président du Tribunal judiciaire de Paris.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont supportés par les deux parties par parts égales.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception. Les sommes indûment versées au membre participant devront être restituées à la Mutuelle.

Si une des parties n'est pas satisfaite du résultat de l'expertise amiable, elle peut soumettre le litige à la juridiction compétente.

Article 17 - Relations clients

Pour tout renseignement le membre participant peut contacter le service Relations Clients de la Mutuelle : MGI Service Relations Clients – 8 Bis Allée Gaston Bachelard - 75014 PARIS

TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 18 - Prescription

Toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance (article L 221-11 du Code de la mutualité).

Toutefois, ce délai ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;**
- **En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle eu pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour des opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L 111-1 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents des personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une cause ordinaire d'interruption de la prescription c'est à dire, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée.

Concernant la prescription biennale conformément à l'article L221-12 du code de la mutualité, celle-ci est interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription biennale peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée (ou d'un envoi recommandé électronique) avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (article 2240 du Code civil).**
- **La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai prescription ainsi que**

le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code Civil).

- **L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242 du Code civil).**
- **L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code Civil).**
- **Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).**
- **L'interpellation faite à l'un de ses débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil).**
- **L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).**
- **Conformément à l'article L114-3 du Code des Assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.**

Article 19 - Recours subrogatoire

La Mutuelle est subrogée de plein droit au Membre participant ou à l'ayant droit victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 20 - Loi informatique et libertés

Les informations nominatives recueillies par la Mutuelle (responsable du traitement) concernant le Membre participant et ses ayants droits assurés, ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées dans le cadre de l'adhésion à la Mutuelle, de la gestion et de l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Leur non-transmission par le membre participant rendra donc impossible l'exécution du contrat par la Mutuelle.

Ces informations nominatives peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le Membre Participant ou ses ayants droit bénéficie de garanties, ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées, c'est à dire une durée

correspondant à la durée du contrat augmentée de la durée de la prescription ou de la durée légale de conservation.

Les informations personnelles pourront être également transmises aux autres entités composantes du Groupe Lourmel dans le cadre des opérations de prospection, de contrôle et de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, l'exécution des dispositions légales et réglementaires.

Conformément à la législation en vigueur, le membre participant, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose du droit de demander à la Mutuelle, l'accès à ses données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, la limitation de leur traitement. Il dispose également d'un droit d'opposition au traitement de ces données, d'un droit à leur portabilité et du droit de retirer son consentement à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur un consentement effectué avant le retrait.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la Protection des Données de la MGI par courrier à adresser à Groupe LOURMEL - Service Contrôle Interne – 8 Bis Allée Gaston Bachelard, 75014 Paris.

Le Membre participant, ses ayants droit disposent aussi du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après leur décès (ces directives définissent la manière dont la personne entend que soient exercés après son décès les droits rappelés ci-dessus).

Le Membre participant, ses ayants droit disposent du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) dont les coordonnées sont les suivantes : 3 Place de Fontenoy- TSA 80715- 75334 Paris Cedex 07. Tél : 01 53 73 22 22.

Article 21 - Loi et langue applicable

Les relations contractuelles entre le membre participant et la Mutuelle sont régies par la Loi française.

Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité.

En outre, la Mutuelle et le membre participant conviennent de l'utilisation de la langue française pour toute la durée de l'adhésion du membre participant au présent règlement.

Article 22 – Réclamations- Médiation- Tribunal compétent

22-1 Réclamations

La Mutuelle met à la disposition du membre participant et de ses ayants droit la possibilité de contacter la Direction Administrative de la mutuelle pour apporter une réponse à toute réclamation concernant le présent règlement, à l'adresse suivante : MGI - Service Réclamations – 8 Bis Allée Gaston Bachelard - 75014 Paris

La mutuelle s'engage à accuser réception d'une réclamation dans un délai maximum de dix jours ouvrables à compter de l'envoi de celle-ci (sous réserve de la bonne réception et de la lisibilité du document) et à y apporter une réponse dans un délai maximum de deux mois.

22-2 Médiation

Après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations, et en cas de désaccord toujours persistant, ou en l'absence de réponse, il est possible au membre participant ou à l'ayant droit de saisir le médiateur de la consommation qui est le médiateur de la Mutualité Française (FNMF- Fédération Nationale de la Mutualité Française), qui étudiera le dossier et rendra son avis en toute indépendance.

Ce médiateur de la consommation peut être saisi par courrier ou par mail aux coordonnées suivantes :

- Par courrier : Monsieur le médiateur de la Mutualité Française – FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15
- Par mail : mediation@mutualite.fr

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsque :

- Le membre ou l'ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite ;
- La demande est manifestement infondée ou abusive ;
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ;
- Le membre ou l'ayant droit a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle ;
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

Le recours à la médiation suspend la prescription en application de l'article 2238 du code civil.

22-3 Tribunal compétent

En cas de litige avec la mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (tribunal judiciaire).

Article 23 - Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Article 24 – Sanctions Internationales

Définition

Pour les besoins du présent article, nous entendons par « Sanctions Internationales » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un Etat ou une organisation Internationale/ Supranationale à l'encontre d'autres états, de territoires, de personnes physiques, de personnes (physiques ou morales) et / ou d'entités (de droit public ou privé). Ces sanctions Internationales peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- Interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos)
- Confiscations, saisies, gel de biens ou d'avoir ;
- Interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou de services en particulier financiers dont assurantiels

Ces sanctions internationales sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application. Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des états et des organisations Internationales/ Supranationales.

Conséquence pour l'assureur

Dans l'exercice de ses activités l'assureur est soumis de plein droit aux législations et réglementations d'ordre public édictées par la France, l'Union européenne et le pays dans lequel l'assureur a son siège social, y compris dans le domaine des Sanctions Internationales qui veulent lui interdire d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- Couvrir un risque et/ où
- Payer une somme d'argent ou fournir une prestation

Par ailleurs, le non-respect par l'assureur d'autres Sanctions Internationales peut exposer ce dernier, ses employés ou les sociétés du groupe auquel il appartient, à des risques de sanctions réglementaires, administratives, civiles et / ou pénales. Par conséquent l'assureur doit également veiller à la conformité de ses activités avec les sanctions internationales édictées par les Etats-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, l'ONU.

Effets sur l'exécution du contrat

- **Suspension de l'obligation de couverture d'un risque**

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs Sanctions Internationales visées au paragraphe conséquences pour l'assureur », ci-dessus, l'exécution de l'obligation de l'assureur de couvrir un risque en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites Sanctions Internationales cessent d'affecter l'obligation de l'assureur. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension ne pourra donner lieu à garantie.

- **Suspension de l'obligation de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation**

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs sanctions internationales visées au paragraphe « conséquences pour l'assureur » ci-dessus, l'exécution de l'obligation de l'assureur de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension s'applique notamment dans le cadre d'un sinistre ou d'un remboursement total ou partiel de prime. Toute somme contractuellement due par l'assureur et dont le paiement aurait été reporté du fait des Sanctions Internationales redeviendra exigibles à compter du jour où lesdites Sanctions Internationales cessent d'affecter l'obligation de l'assureur. Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue. L'assureur devra informer l'assuré, par écrit motivé, de tout refus de prise en charge d'un sinistre en raison de l'existence d'une ou plusieurs Sanctions Internationales.

Article 25 : Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

En notre qualité d'organisme financier, nous sommes soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme issus principalement du code monétaire et financier (article L561-1 et suivants du code monétaire et financier). Afin de nous permettre de respecter ces obligations, vous vous engagez à nous remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui vous sont relatifs ainsi que ceux concernant les autres salariés. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devront être actualisés notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'assuré salarié. Vous vous engagez par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par vos soins au titre du contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme. En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, nous réaliserons une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

Article 26 : Fraude

Le membre participant est également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Cette inscription peut engendrer un allongement dans l'étude des dossiers, et également la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit ou d'une prestation, d'un contrat ou d'un service proposé par l'Assureur. Dans le cas de lutte contre la fraude, les données personnelles de l'adhérent peuvent être traitées par toutes personnes habilitées chez l'Assureur. De plus, ces données peuvent également être destinées aux personnels habilités des organismes concernés par la fraude. (Autre assureurs, intermédiaires, autorités judiciaires).

Dans l'hypothèse où l'assureur démontrerait une fraude commise par l'adhérent ou les bénéficiaires couverts par le présent contrat, l'assureur se réserve le droit de demander le remboursement des sommes trop payées au titre des prestations santé, dans le respect des procédures réglementaires. La fraude inclut la manipulation délibérée des données médicales ou de documents médicaux (y compris factures, notes d'honoraires).

ANNEXE 1 – PRESTATIONS GAMME CHROMA INDIVIDUEL (CHROMA MODULO)

Les garanties gamme Chroma sont qualifiés de « solidaires et responsables » au sens des articles L871-1, R871-1et R871-2 du code de la sécurité sociale.

Les remboursements s'expriment en fonction de la base de remboursement du régime de la Sécurité sociale et s'entendent "remboursements de la Sécurité sociale compris". Ils sont limités aux frais réellement engagés. **Ils ne comprennent pas la participation forfaitaire, la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins, l'autorisation de dépassement d'honoraire pratiqué par un médecin consulté hors parcours de soins et les franchises médicales.**

Formules commercialisées :

Hospitalisation	Rouge	Rouge +	Orange	Orange +
Honoraires				
Honoraires et actes chirurgicaux DPTAM	100% de la BR	100% de la BR	125% de la BR	125% de la BR
Honoraires et actes chirurgicaux hors DPTAM	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Forfait journalier hospitalier				
Forfait hospitalier (1) (2)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Autres prestations d'hospitalisation				
Participation forfaitaire pour les actes médicaux supérieurs à 120 €	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Forfait patient urgences	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Chambre particulière (3)	-	-	15 € / jour	15 € / jour
Frais d'accompagnant pour enfants de moins de 12 ans (3)	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
Soins courants	Rouge	Rouge +	Orange	Orange +
Honoraires médicaux				
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), DPTAM	100% de la BR	100% de la BR	125% de la BR	125% de la BR
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors DPTAM	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR

Actes techniques médicaux, DPTAM	100% de la BR	100% de la BR	125% de la BR	125% de la BR
Actes techniques médicaux, hors DPTAM	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Imagerie médicale et radiologie, DPTAM	100% de la BR	100% de la BR	125% de la BR	125% de la BR
Imagerie médicale et radiologie, hors DPTAM	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Soins externes, DPTAM	100% de la BR	100% de la BR	125% de la BR	125% de la BR
Soins externes, hors DPTAM	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux et soins infirmiers	100% de la BR	100% de la BR	125% de la BR	125% de la BR
Transport	100% de la BR	100% de la BR	125% de la BR	125% de la BR
Analyses				
Analyses et examens de laboratoires	100% de la BR	100% de la BR	125% de la BR	125% de la BR
Médicaments				
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) important	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Médicaments à Service médical rendu (SMR) modéré	30% de la BR	30% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Homéopathie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (4)	-	-	20 €	20 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire (5)	Vaccin anti grippe 15 €	Vaccin anti grippe 15 €	Vaccin anti grippe 15 €	Vaccin anti grippe 15 €
Matériel médical				

Appareillages, orthopédie et autres prothèses (6)	100% de la BR	100% de la BR	125% de la BR	125% de la BR
Prothèses capillaires de Classe 1 (100% Santé) : (26)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Prothèses capillaires de Classe 2	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Prothèses capillaires de Classe 3	100% de la BR	100% de la BR	125% de la BR	125% de la BR
Prothèses capillaires de Classe 4	100% de la BR	100% de la BR	125% de la BR	125% de la BR
Véhicules pour personne en situation de handicap (VPH) :				
Achat d'un fauteuil roulant et accessoires	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Option d'achat après location	100% de la BR	100% de la BR	125% de la BR	125% de la BR
Location longue durée	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Location courte durée	100% de la BR	100% de la BR	125% de la BR	125% de la BR
Optique	Rouge	Rouge +	Orange	Orange +
Équipements 100 % Santé				
Équipement combinant verres et monture (7) (8)	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV
Équipement combinant des verres 100 % santé et une monture libre				
Équipement combinant des verres 100 % santé dans la limite des PLV et une monture libre. Les remboursements de montures s'expriment	Verres 100% frais réels dans la limite des PLV, monture	Verres 100% frais réels dans la limite des PLV, monture	Verres 100% frais réels dans la limite des PLV, monture	Verres 100% frais réels dans la limite des PLV, monture

remboursement de la S.S. compris. (7) (9)	libre limitée à 100 €	libre limitée à 100 €	libre limitée à 100 €	libre limitée à 100 €
Équipement libre adulte				
Verres unifocaux, droit de base (7) (9) (10) (11) (12)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 125 €	100% de la BR + 125 €	100% de la BR + 150 €
Verres unifocaux, droit intermédiaire (7) (9) (10) (11) (12)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 125 €	100% de la BR + 125 €	100% de la BR + 150 €
Verres unifocaux, droit maximal (7) (9) (10) (11) (12)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 125 €	100% de la BR + 125 €	100% de la BR + 150 €
Verres unifocaux, supplément forte correction (7) (9) (10) (11) (12) (13)	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
Verres progressifs, droit de base (7) (9) (10) (11) (12)	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 250 €
Verres progressifs, droit intermédiaire (7) (9) (10) (11) (12)	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 250 €
Verres progressifs, droit maximal (7) (9) (10) (11) (12)	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 250 €
Verres progressifs, supplément forte correction (7) (9) (10) (11) (12) (13)	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
Équipements libre enfant				
Verres unifocaux, droit de base (7) (9) (11)	100% de la BR + 50 €	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 125 €
Verres progressifs, droit de base (7) (9) (11) (14)	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 200 €
Supplément forte correction (7) (9) (11) (13)	+ 75 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
Lentilles				
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	-	100% de la BR + 120 €	100% de la BR + 120 €	100% de la BR + 120 €

Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	-	-	-	80 €
Chirurgie de l'œil				
Kératotomie	-	-	-	150 € / œil
Prestations d'appairage et d'adaptation	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Dentaire	Rouge	Rouge +	Orange	Orange +
Soins et prothèses 100% Santé				
Soins et prothèses (15)	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV
Soins dentaires				
Inlay / onlay (par acte)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Autres soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale (16)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la Sécurité sociale (par an par bénéficiaire)	-	-	-	-
Prothèses dentaires				
Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés (17) (18)	125% de la BR	250% de la BR	250% de la BR	350% de la BR
Prothèses dentaires à honoraires libres (18)	125% de la BR	250% de la BR	250% de la BR	350% de la BR
Implants à honoraires libres (par an par bénéficiaire) (18)	-	-	-	-
Orthodontie				

Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale (enfant de moins de 16 ans)	125%	200%	200%	200%
Aides auditives	Rouge	Rouge +	Orange	Orange +
Équipement 100 % Santé				
Équipement 100% santé (19)	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV
Autres prestations auditives				
Prothèses pour les bénéficiaires de 20 ans et plus (4) (18) (20)	100% de la BR	700 € / aide auditive	700 € / aide auditive	1 000 € / aide auditive
Prothèses pour les bénéficiaires de moins de 20 ans (4) (18) (20)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Accessoires (18) (20) (21)	100% de la BR	175% de la BR	175% de la BR	250% de la BR
Prestations complémentaires	Rouge	Rouge +	Orange	Orange +
Psychologie : dispositif Mon soutien psy	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Cures thermales				
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (24)	65% de la BR	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 100 €	100% de la BR+ 187,50€
Prévention et assistance				
Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Assistance (Prestation assurée par Fil Assistance)	Oui	Oui	Oui	Oui

Hospitalisation	Jaune	Jaune +	Vert	Vert +
Honoraires				

Honoraires et actes chirurgicaux DPTAM	150% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
Honoraires et actes chirurgicaux hors DPTAM	120% de la BR	120% de la BR	160% de la BR	160% de la BR
Forfait journalier hospitalier				
Forfait hospitalier (1) (2)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Autres prestations d'hospitalisation				
Participation forfaitaire pour les actes médicaux supérieurs à 120 €	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Forfait patient urgences	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Chambre particulière (3)	45 € / jour	45 € / jour	60 € / jour	60 € / jour
Frais d'accompagnant pour enfants de moins de 12 ans (3)	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
Soins courants	Jaune	Jaune +	Vert	Vert +
Honoraires médicaux				
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), DPTAM	150% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors DPTAM	120% de la BR	120% de la BR	160% de la BR	160% de la BR
Actes techniques médicaux, DPTAM	150% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
Actes techniques médicaux, hors DPTAM	120% de la BR	120% de la BR	160% de la BR	160% de la BR
Imagerie médicale et radiologie, DPTAM	150% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
Imagerie médicale et radiologie, hors DPTAM	120% de la BR	120% de la BR	160% de la BR	160% de la BR
Soins externes, DPTAM	150% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	200% de la BR

Soins externes, hors DPTAM	120% de la BR	120% de la BR	160% de la BR	160% de la BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux et soins infirmiers	150% de la BR	150% de la BR	175% de la BR	175% de la BR
Transport	150% de la BR	150% de la BR	175% de la BR	175% de la BR
Analyses				
Analyses et examens de laboratoires	150% de la BR	150% de la BR	175% de la BR	175% de la BR
Médicaments				
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) important	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Médicaments à Service médical rendu (SMR) modéré	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Homéopathie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (4)	30 €	30 €	40 €	40 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire (5)	Vaccin anti grippe 15 €	Vaccin anti grippe 15 €	Tout vaccin 50 €	Tout vaccin 50 €
Matériel médical				
Appareillages, orthopédie et autres prothèses (6)	150% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
Prothèses capillaires de Classe 1 (100% Santé) : (26)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Prothèses capillaires de Classe 2	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Prothèses capillaires de Classe 3	150% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
Prothèses capillaires de Classe 4	150% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	200% de la BR

Véhicules pour personne en situation de handicap (VPH) :				
Achat d'un fauteuil roulant et accessoires	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Option d'achat après location	150% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
Location longue durée	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Location courte durée	150% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
Optique	Jaune	Jaune +	Vert	Vert +
Équipements 100 % Santé				
Équipement combinant verres et monture (7) (8)	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV
Équipement combinant des verres 100 % santé et une monture libre				
Équipement combinant des verres 100 % santé dans la limite des PLV et une monture libre. Les remboursements de montures s'expriment en remboursement de la S.S. compris. (7) (9)	Verres 100% frais réels dans la limite des PLV, monture libre limitée à 100 €	Verres 100% frais réels dans la limite des PLV, monture libre limitée à 100 €	Verres 100% frais réels dans la limite des PLV, monture libre limitée à 100 €	Verres 100% frais réels dans la limite des PLV, monture libre limitée à 100 €
Équipement libre adulte				
Verres unifocaux, droit de base (7) (9) (10) (11) (12)	100% de la BR + 150 €	100% de la BR + 150 €	100% de la BR + 150 €	100% de la BR + 200 €
Verres unifocaux, droit intermédiaire (7) (9) (10) (11) (12)	100% de la BR + 150 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 325 €
Verres unifocaux, droit maximal (7) (9) (10) (11) (12)	100% de la BR + 150 €	100% de la BR + 250 €	100% de la BR + 250 €	100% de la BR + 450 €

Verres unifocaux, supplément forte correction (7) (9) (10) (11) (12) (13)	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
Verres progressifs, droit de base (7) (9) (10) (11) (12)	100% de la BR + 250 €	100% de la BR + 250 €	100% de la BR + 250 €	100% de la BR + 300 €
Verres progressifs, droit intermédiaire (7) (9) (10) (11) (12)	100% de la BR + 250 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 425 €
Verres progressifs, droit maximal (7) (9) (10) (11) (12)	100% de la BR + 250 €	100% de la BR + 350 €	100% de la BR + 350 €	100% de la BR + 550 €
Verres progressifs, supplément forte correction (7) (9) (10) (11) (12) (13)	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
Équipements libre enfant				
Verres unifocaux, droit de base (7) (9) (11)	100% de la BR + 125 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 250 €
Verres progressifs, droit de base (7) (9) (11) (14)	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 350 €	100% de la BR + 350 €	100% de la BR + 550 €
Supplément forte correction (7) (9) (11) (13)	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
Lentilles				
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100% de la BR + 120 €	100% de la BR + 150 €	100% de la BR + 150 €	100% de la BR + 200 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	80 €	80 €	125 €	150 €
Chirurgie de l'œil				
Kératotomie	150 € / œil	300 € / œil	300 € / œil	400 € / œil
Prestations d'appairage et d'adaptation	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Dentaire	Jaune	Jaune +	Vert	Vert +
Soins et prothèses 100% Santé				

Soins et prothèses (15)	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV
Soins dentaires				
Inlay / onlay (par acte)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Autres soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale (16)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la Sécurité sociale (<i>par an par bénéficiaire</i>)	-	200 €	200 €	250 €
Prothèses dentaires				
Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés (17) (18)	350% de la BR	500% de la BR	500% de la BR	550% de la BR
Prothèses dentaires à honoraires libres (18)	350% de la BR	500% de la BR	500%	550%
Implants à honoraires libres (par an par bénéficiaire) (18)	-	-	-	400 €
Orthodontie				
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale (enfant de moins de 16 ans)	200%	250%	250%	300%
Aides auditives	Jaune	Jaune +	Vert	Vert +
Équipement 100 % Santé				
Équipement 100% santé (19)	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV	100% frais réels dans la limite des PLV
Autres prestations auditives				
Prothèses pour les bénéficiaires de 20 ans et plus (4) (18) (20)	1 000 € / aide auditive	1400 € / aide auditive	1400 € / aide auditive	1 700 € / aide auditive
Prothèses pour les bénéficiaires de moins de 20 ans (4) (18) (20)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR

Accessoires (18) (20) (21)	250% de la BR	350% de la BR	350% de la BR	450% de la BR
Prestations complémentaires	Jaune	Jaune +	Vert	Vert +
Psychologie : dispositif Mon soutien psy	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Cures thermales				
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (24)	100% 187,50€	100% 187,50€	100% 187,50€	100% 322,5 €
Prévention et assistance				
Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Assistance (Prestation assurée par Fil Assistance)	Oui	Oui	Oui	Oui

Formules non commercialisées :

Hospitalisation	Bleu	Bleu +	Indigo	Violet
Honoraires				
Honoraires et actes chirurgicaux DPTAM	250 %	250 %	300 %	300 %
Honoraires et actes chirurgicaux hors DPTAM	200 %	200 %	200 %	200 %
Forfait journalier hospitalier				
Forfait hospitalier ⁽¹⁾ ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %
Autres prestations d'hospitalisation				
Participation forfaitaire pour les actes médicaux supérieurs à 120 €	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait patient urgences	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière ⁽³⁾	75 € / jour	75 € / jour	100 € / jour	100 € / jour
Frais d'accompagnant pour enfants de moins de 12 ans ⁽³⁾	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour

Soins courants	Bleu	Bleu +	Indigo	Violet
Honoraires médicaux				
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), DPTAM	250 %	250 %	300 %	300 %
Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors DPTAM	200 %	200 %	200 %	200 %
Actes techniques médicaux, DPTAM	250 %	250 %	300 %	300 %
Actes techniques médicaux, hors DPTAM	160 %	160 %	200 %	200 %
Imagerie médicale et radiologie, DPTAM	250 %	250 %	300 %	300 %
Imagerie médicale et radiologie, hors DPTAM	160 %	160 %	200 %	200 %
Soins externes, DPTAM	250 %	250 %	300 %	300 %
Soins externes, hors DPTAM	200 %	200 %	200 %	200 %
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux et soins infirmiers	200 %	200 %	200 %	200 %
Transport	200 %	200 %	200 %	200 %
Analyses				
Analyses et examens de laboratoires	200 %	200 %	200 %	200 %
Médicaments				
Médicaments à SMR important	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR modéré	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	15 %	15 %	15 %
Homéopathie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	40 €	40 €	40 €	40 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire ⁽⁵⁾	Tout vaccin 50 €	Tout vaccin 50 €	Tout vaccin 50 €	Tout vaccin 50 €

Matériel médical				
Véhicules pour personne en situation de handicap :				
- Achat ou location longue durée (y compris accessoires) ⁽⁶⁾	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels
- Location courte durée et option d'achat après location ⁽⁷⁾	250 %	250 %	300 %	300 %
Prothèses capillaires de Classe 1 et 2 (100% santé) ^{(6) (8)}	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels
Prothèses capillaires de Classe 3 et 4 ⁽⁸⁾	250 %	250 %	300 %	300 %
Appareillages, orthopédie et autres prothèses	250 %	250 %	300 %	300 %

Optique	Bleu	Bleu +	Indigo	Violet
Équipements 100 % Santé				
Équipement combinant verres et monture ^{(9) (10)}	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV
Équipement combinant des verres 100 % santé et une monture libre				
Équipement combinant des verres 100 % santé dans la limite des PLV et une monture libre. Les remboursements de montures s'expriment remboursement de la S.S. compris. ^{(9) (11)}	Verres 100% frais réels dans la limite des PLV, monture libre limitée à 100 €	Verres 100% frais réels dans la limite des PLV, monture libre limitée à 100 €	Verres 100% frais réels dans la limite des PLV, monture libre limitée à 100 €	Verres 100% frais réels dans la limite des PLV, monture libre limitée à 100 €

Équipement libre adulte				
Verres unifocaux, droit de base ^{(9) (11) (12) (13) (14)}	100 % 200 €	250 € + rbt S.S.	250 € + rbt S.S.	300 € + rbt S.S.
Verres unifocaux, droit intermédiaire ^{(9) (11) (12) (13) (14)}	100 % 325 €	360 € + rbt S.S.	360 € + rbt S.S.	385 € + rbt S.S.
Verres unifocaux, droit maximal ^{(9) (11) (12) (13) (14)}	100 % 450 €	470 € + rbt S.S.	470 € + rbt S.S.	470 € + rbt S.S.
Verres unifocaux, supplément forte correction ^{(9) (11) (12) (13) (14) (15)}	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
Verres progressifs, droit de base ^{(9) (11) (12) (13) (14)}	100 % 300 €	350 € + rbt S.S.	350 € + rbt S.S.	500 € + rbt S.S.
Verres progressifs, droit intermédiaire ^{(9) (11) (12) (13) (14)}	100 % 425 €	500 € + rbt S.S.	500 € + rbt S.S.	625 € + rbt S.S.
Verres progressifs, droit maximal ^{(9) (11) (12) (13) (14)}	100 % 550 €	650 € + rbt S.S.	650 € + rbt S.S.	750 € + rbt S.S.
Verres progressifs, supplément forte correction ^{(9) (11) (12) (13) (14) (15)}	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
Équipements libre enfant				
Verres unifocaux, droit de base ^{(9) (11) (13)}	100 % 250 €	100 % 300 €	100 % 300 €	100 % 400 €
Verres progressifs, droit de base ^{(9) (11) (13) (16)}	100 % 550 €	650 € + rbt S.S.	650 € + rbt S.S.	700 € + rbt S.S.
Supplément forte correction ^{(9) (11) (13) (15)}	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre	+ 50 € / verre
Lentilles				
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % 200 €	100 % 200 €	100 % 200 €	100 % 250 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	150 €	175 €	175 €	250 €
Chirurgie de l'œil				
Kératotomie	400 € / œil	500 € / œil	500 € / œil	500 € / œil

Dentaire	Bleu	Bleu +	Indigo	Violet
Soins et prothèses 100% Santé				
Soins et prothèses ⁽¹⁷⁾	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV
Soins dentaires				
Inlay / onlay (par acte)	100 %	300 %	300 %	300 %
Autres soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale ⁽¹⁸⁾	100 %	300 %	300 %	300 %
Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la Sécurité sociale (par an par bénéficiaire)	300 €	300 €	400 €	400 €
Prothèses dentaires				
Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ^{(19) (20)}	550 %	600 %	600 %	650 %
Prothèses dentaires à honoraires libres ⁽²⁰⁾	550 %	600 %	600 %	650 %
Implants à honoraires libres (par an par bénéficiaire) ⁽²⁰⁾	400 €	450 €	450 €	500 €
Orthodontie				
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale (enfant de moins de 16 ans)	300 %	400 %	400 %	400 %

Aides auditives	Bleu	Bleu +	Indigo	Violet
Équipement 100 % Santé				
Équipement 100% santé ⁽²¹⁾	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV	100 % frais réels dans la limite des PLV
Autres prestations auditives				
Prothèses pour les bénéficiaires de 20 ans et plus ^{(4) (20) (22)}	1 700 € / aide auditive	1 700 € / aide auditive	1 700 € / aide auditive	1 700 € / aide auditive
Prothèses pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ^{(4) (20) (22)}	100 %	100 %	100 %	100 %
Accessoires ^{(20) (22) (23)}	450 %	600 %	600 %	750 %

Prestations complémentaires	Bleu	Bleu +	Indigo	Violet
Médecines complémentaires et alternatives agréées				
Psychologie : dispositif Mon soutien psy	100 %	100 %	100 %	100 %
Cures thermales				
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (24)	100 % 322,50 €	100 % 322,50 €	100 % 322,50 €	100 % 322,50 €
Prévention et assistance				
Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	100 %	100 %	100 %	100 %
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui

Renvois communs à toutes les gammes

Notes

1. Sans limitation de durée.
2. Prise en charge suivant les dispositions de l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale.
3. Dans la limite de 60 jours par hospitalisation.
4. Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
5. Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
6. Pris en charge tels que définis réglementairement et dans la limite des prix limites de vente.
7. Sont concernés les fauteuils roulants manuels ou à propulsion électrique de type FMP (fauteuil non modulaire à propulsion manuelle ou à pousser), FMRP (fauteuil non modulaire, assise rigide à propulsion manuelle ou à pousser), FRM (fauteuil modulaire à propulsion manuelle ou à pousser) et FRE (fauteuil modulaire à propulsion par moteur électrique), en location courte durée (3 mois renouvelables une fois, soit 6 mois maximum), sur prescription médicale.
8. Prothèses capillaires de Classe I : prothèses en fibres synthétiques, avec une surface d'implantation manuelle d'au moins 30 cm². Elles sont intégralement remboursées par l'Assurance Maladie obligatoire.
Prothèses capillaires de Classe II : prothèses contenant au moins 30 % de cheveux naturels ou en fibres synthétiques avec une surface implantée manuellement supérieure à 100 cm². Elles sont intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire sans reste à charge pour l'adhérent.
Prothèses capillaires de Classe III : prothèses contenant au moins 50 % de cheveux naturels, avec une surface implantée manuellement supérieure à 50cm² Elles bénéficient d'un encadrement de leur reste à charge.
Prothèses capillaires de Classe IV : Prothèses 100% naturelles. Elles sont prises en charges partiellement par l'assurance maladie.

9. Renouvellement :

- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.

Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'article L 165-1-2 du code de la Sécurité sociale. Dans ce cas, les remboursements des options Lx5, Lx6 et Lx7 sont limités à ceux prévus à l'option Lx4.

10. Équipement 100 % Santé « Classe A », pris en charge tel que défini par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente définis par la réglementation.
11. Dans le respect des minima du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
12. Le droit maximal est octroyé à tout bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert par MGI au cours des 36 mois précédant son acquisition de lunettes, il n'a durant cette période fait l'objet d'aucun remboursement au titre du poste « Optique : Équipement libre Adulte ».
- À défaut, le droit intermédiaire est octroyé à tout bénéficiaire adulte lorsque, ayant été couvert par MGI au cours des 24 mois précédant son acquisition de lunettes, il n'a durant cette période fait l'objet d'aucun remboursement au titre du poste « Optique : verres et monture pour l'adulte ».
- À défaut, le droit à remboursement est limité au droit de base.
13. Avec monture libre ou monture « 100% Santé ». Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
14. En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par MGI et le régime de base ne peut excéder :
- 560 €, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019,
 - 610 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019,
 - 700 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019,
 - 750 €, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.

15. Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
- les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019,
 - les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
1. verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 2. verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 3. verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

16. Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux.
17. Soins et prothèses relevant du «100% Santé», définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 du code la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code la Sécurité sociale.
18. Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.
19. Prothèses hors «100% Santé», auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 du code la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code la Sécurité sociale.
20. Le remboursement annuel des prestations en matériel médical, prothèses dentaire (hors « 100% Santé »), prothèses auditives (hors « 100% Santé ») est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités suivantes :
- 2 000 € / an / bénéficiaire de la date d'effet du contrat au 31 / 12 / N+1,
 - 5 000 € / an / bénéficiaire du 01 / 01 / N+2 au 31 / 12 / N+4,
 - 10 000 € / an / bénéficiaire à partir du 01 / 01 / N+5.
- Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur.
21. Prothèses auditives relevant du 100% Santé au 01.01.2021, définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente fixés par l'avis du 28.11.2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.
22. Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- Le remboursement total régimes obligatoires et complémentaires compris est limité à 1 700 € par aide auditive.
23. S'entend comme pris en charge par la S.S., les accessoires suivants :
- écouteurs,
 - microphone,
 - embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins de 2 ans => 4 embouts / an / appareil,
 - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout / an / appareil.
 - pile sans mercure.
24. Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire. Remboursement sur la base de factures acquittées.

LEXIQUE :

OPTAM / OPTAM-CO : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie Obstétrique

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais Réels

OPTIONS ARC EN CIEL
(Fermées à la commercialisation pour de nouvelles adhésions)

Garanties	Arc en Ciel 1	Arc en Ciel 2
Complément sur chambre particulière en cas d'hospitalisation (Max : 60 jrs par hospitalisation)	10 € / jr	10 € / jr
Participation aux frais d'Obsèques (pour tout adhérent < 65 ans)	-	1 500 €
Lit accompagnant pour hospitalisation d'un adhérent de plus de 70 ans , dans la limite de 7 jrs par hospitalisation	23 € / jr	23 € / jr
Allocation Maternité, par naissance ou adoption d'un enfant de moins de 7 ans (Délai de stage : 10 mois)	250 €	400 €

ANNEXE 2 – INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES VENTE A DISTANCE

Les informations exigées par l'article L221-18 du code de la mutualité en cas de vente à distance figurent dans le texte du règlement mutualiste « Frais de soins de santé ».

1° La dénomination de la mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro SIREN (article 1), les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle (article 23)

2° La base de calcul de la cotisation (article 12)

3° La durée minimale de l'adhésion (article 5) ainsi que les garanties et exclusions prévues par le règlement (Titre III)

4° La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables (article 2), les modalités de l'adhésion au règlement (Titre II) et de paiement de la cotisation (Titre IV)

5° L'existence d'un droit de renonciation, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée (article 6).

6° La loi applicable au règlement et la langue que la mutuelle s'engage à utiliser (article 21)

7° Les modalités d'examen des réclamations et de recours à un processus de médiation (article 22)



CONVENTION CADRE N° C 20 F 31
CONDITIONS GÉNÉRALES DES
GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT
NOTICE D'INFORMATION
N°FIC20SAN0051

MGI