



# MGI

## REGLEMENT MUTUALISTE FRAIS DE SOINS DE SANTE

### GARANTIES INDIVIDUELLES - 20180101

ROUPE LOURMEL (Siret n° 399 111 228 00017), 108 rue de Lourmel 75718 PARIS Cedex 15 - [www.lourmel.com](http://www.lourmel.com) - Tél. 01 40 60 20 00 - Fax. 01 45 54 28 42.  
**Alliance professionnelle Retraite Arrco - Institution de retraite complémentaire régie par le code de la Sécurité sociale - Institution ARRCO n° 201 - Siège social : 7 rue du Regard 75006 Paris - SIREN 775 670 532 ; Alliance professionnelle Retraite Agirc - Institution de retraite complémentaire régie par le code de Sécurité sociale - Institution AGIRC n°1 - Siège social : 7 rue du Regard 75006 Paris - SIREN 775 663 834 ; CARPILIG/P (Caisse du Régime de Prévoyance de l'Imprimerie et du Livre, des Industries Graphiques et des métiers de la communication), régie par le code de la Sécurité sociale dans le cadre des dispositions de l'article L.911-1 et suivant du livre IX du code de la Sécurité sociale ; - MGI (Mutuelle Générale Interprofessionnelle), soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro Siren 437 994 205.**

## Contenu

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

TITRE IV – LES COTISATIONS .....	11
Article 12 - Montant des cotisations .....	11
12-1 Gamme Historique .....	11
12-2 Gamme Chroma Santé Individuel (Chroma MODULO) .....	11
12-3 Gamme Chroma Santé Individuel en Complément de Collectif.....	11
Article 13 - Paiement des cotisations .....	11
Article 14 - Non-paiement des cotisations .....	12
Article 15 - Révision des cotisations .....	12
TITRE V – LES PRESTATIONS.....	12
Article 16 - Conditions de versement des prestations .....	12
16-1 Déclaration de sinistre.....	12
16-2 Forclusion .....	13
16-3 Délai de versement des prestations .....	13
16.4 Contrôles Médicaux.....	13
Article 17 - Relations clients .....	13
TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES .....	13
Article 18 - Prescription .....	13
Article 19 - Recours subrogatoire .....	14
Article 20 - Loi informatique et libertés .....	14
Article 21 - Loi et langue applicable .....	14
Article 22 – Réclamations- Médiation- Tribunal compétent .....	15
22-1 Réclamations .....	15
22-2 Médiation .....	15
22-3 Tribunal compétent.....	15
Article 23 - Autorité de contrôle.....	15
ANNEXE 1 – PRESTATIONS GAMME HISTORIQUE – ACTIFS ET GROUPE FERME .....	16
ANNEXE 2 – PRESTATIONS GAMME HISTORIQUE - RETRAITES.....	17
ANNEXE 3 – PRESTATIONS GAMME CHROMA INDIVIDUEL (CHROMA MODULO).....	18
ANNEXE 4 – PRESTATIONS GAMME CHROMA INDIVIDUEL EN COMPLEMENT DE COLLECTIF .....	23
ANNEXE 5 : PRESTATIONS D’ASSISTANCE.....	24

## **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 15ème, 108 rue de Lourmel (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 chacune des garanties couvertes par la MGI dans le cadre du règlement mutualiste :

- les garanties « Gamme Historique »,
- les garanties « Chroma Santé Individuel », aussi dénommées « Chroma MODULO »
- les garanties « Chroma Santé Individuel en Complément de Collectif » et venant en complément d'un contrat collectif souscrit auprès de la Mutuelle.

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

### **Article 2 – Entrée en vigueur**

Les dispositions du présent règlement s'appliquent à compter du 1er janvier 2018, ces dispositions ayant été portées préalablement à la connaissance des membres participants.

### **Article 3 – Révision**

Le présent règlement mutualiste peut faire l'objet de révisions par le conseil d'administration de la mutuelle en application des dispositions statutaires.

## **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 fiscale ou ceux pour lesquels une pension alimentaire est payée, justifiant d'un certificat de scolarité et âgés de moins de 28 ans ou justifiant d'une carte d'invalidité et âgés de moins de 26 ans.
- et uniquement pour la gamme « Chroma Santé Individuel » (Chroma Modulo), les petits enfants du membre participant retraité s'ils sont à sa charge fiscale ou pour lesquels une pension alimentaire est payée, justifiant d'un certificat de scolarité et âgés de moins de 28 ans ou justifiant d'une carte d'invalidité et âgés de moins de 26 ans.

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 France. 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 « Gamme historiques » sont fermées aux nouvelles adhésions.

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

Les garanties « Chroma Santé Individuel en Complément de Collectif » sont réservées aux salariés d'une personne morale ayant souscrit un contrat collectif frais de soins de santé « Chroma Santé Collectif » auprès de la MGI, dans la mesure où ces mêmes salariés sont affiliés à ce même contrat collectif.

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 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 pour les enfants à charge apprentis âgés de moins de 28 ans,
- une copie du contrat de formation en alternance pour les enfants à charge concernés, âgés de moins de 28 ans ;
- une copie du contrat de professionnalisation pour les enfants à charge concernés, âgés de moins de 25 ans
- une carte d'invalidité pour les enfants à charge infirmes âgés de moins de 26 ans.

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

La mutuelle remet au membre participant ou futur membre participant, avant la signature du bulletin d'adhésion, les statuts de la mutuelle et le règlement.

La mutuelle peut être amenée à recueillir des coordonnées téléphoniques d'un membre participant ou d'un ayant droit.

En application de l'article L223-1 du code de la consommation, il est rappelé que la personne qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (liste BLOCTEL) sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)

## **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.

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<sup>er</sup> jour du mois civil du mois de réception de la demande d'affiliation.

## **5-3 Durée et Renouvellement de l'adhésion**

L'adhésion au règlement mutualiste se renouvelle annuellement par tacite reconduction, chaque 1er janvier, sauf dénonciation par le membre participant par l'envoi d'une lettre recommandée (ou à partir du 1er avril 2018, par un envoi

recommandé électronique) à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance, soit avant le 31 octobre de l'année en cours.

#### 5-4 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 droit désignés sur le bulletin d'adhésion.

Il n'est possible de changer de niveau de garantie qu'une seule fois pendant toute la durée de l'adhésion, pour augmenter ou diminuer le niveau des garanties, la Mutuelle se réservant le droit d'accepter ou de refuser un autre changement selon les circonstances. Les modifications de niveau de garanties ne peuvent être opérées qu'à l'échéance annuelle du contrat, moyennant un délai de prévenance de 1 mois parmi les options ouvertes à la souscription

#### 5-5 Affiliation et radiation des ayants droits

Les affiliations des ayants droit s'effectuent :

- au moment de l'adhésion du membre participant, en le spécifiant sur le bulletin d'adhésion, 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.

Les ayants droit d'un membre adhérent à un contrat de la gamme « Chroma Santé Individuel en complément du collectif » ne peuvent être affiliés à ce contrat que dans la mesure où ils sont aussi ayant droit dans le cadre d'un contrat collectif MGI. Lorsqu'ils cessent d'être ayant droit dans le cadre d'un contrat collectif MGI, cette condition d'affiliation n'est plus remplie. En conséquence, leur affiliation comme ayant droit au contrat « Chroma Santé Individuel en complément du collectif » devient caduque au jour de la fin de leur qualité d'ayant droit au titre du contrat collectif MGI et ils sont radiés.

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.

#### 5-6 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, 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 jours calendaires 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, 108 rue de Lourmel, 75718 Paris Cedex 15 en recommandé avec accusé de réception ou , à compter du 1er avril 2018, 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 chaque année, par lettre recommandée (ou à compter du 1er avril 2018, par envoi recommandé électronique), sous réserve que cette demande soit adressée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre;
- 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. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

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 soixante 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**

**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 indemnités 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'indemnité 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 annexées 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 définie 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.

**L'allocation maternité de l'option « Arc en Ciel 1 » et « Arc en Ciel 2 », gamme Chroma Individuel, est soumise à un délai d'attente de 10 mois (cela signifie que l'allocation maternité n'est versée que si la naissance a lieu plus de 10 mois après l'adhésion).**

### 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 respecte pas le parcours de soins coordonnés.**

**La mutuelle communique annuellement aux membres participants le montant et la composition de ses frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.**

**Les remboursements en optique, lorsqu'une garantie est responsable, s'effectuent dans la limite des planchers et des plafonds prévus à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale en fonction des corrections visuelles. Les garanties comprennent alors 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 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.**

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 annexés.
- les frais de confort personnel (téléphone, télévision...),
- le forfait journalier concernant les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], EHPAD, ESAT, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...)
- et d'une manière générale, sont exclues des remboursements accordés dans le cadre de la gamme Chroma (individuel (Chroma Modulo), et Individuel en Complément de Collectif) 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.

#### **9-4 Avantages à la souscription**

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

- Les adhérents de la Gamme Historique nés en 1940, et avant 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. Pour ceux nés en 1941 et après, l'entrée à 68 ans et plus s'entend comme étant l'âge d'adhésion à la MGI (sans discontinuité).
- Un participant bénéficiaire d'un contrat collectif frais de soins de santé Collectif assuré par MGI bénéficie, au moment de son départ à la retraite, d'une gratuité les 6 premiers mois de cotisation à Chroma pour lui, ses enfants à charge et ses petits enfants à charge, dans la mesure où il conserve son adhésion à Chroma au moins 12 mois. Le contrat Chroma individuel pris en compte correspond au maximum à la somme de la partie Optique Dentaire de son contrat collectif et éventuellement de son contrat individuel surcomplémentaire.

#### **9-5 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 Assistance**

Si la garantie assistance est prévue à l'annexe au règlement mutualiste précisant les prestations accordées, les membres participant 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 droit 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 souscrite auprès de FRAGONARD ASSURANCES et mises en œuvre par MONDIAL ASSISTANCE France SAS.

#### **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.

Elles auront force probante dans les conditions du Code civil.

## 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.

#### **12-1 Gamme Historique**

Les cotisations sont calculées en fonction de l'âge de chaque personne bénéficiaire du contrat « Gamme Historique », Un tarif préférentiel est accordé pour le couple adhérent aux garanties EQUILIBRE, SECURITE, CONFORT, BIEN ETRE :

- la cotisation « Couple moins de 70 ans » est appliquée quand les deux conjoints ont moins de 70 ans,
- la cotisation « Couple 70 ans et plus » est appliquée dès qu'un des deux conjoints atteint l'âge de 70 ans.

#### **12-2 Gamme Chroma Santé Individuel (Chroma MODULO)**

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 3<sup>e</sup> enfant à charge et bénéficiaire du contrat pour les non retraités,
- dès le 1<sup>er</sup> enfant et petit-enfant à charge pour les retraités.

Un tarif préférentiel est accordé pour le couple. 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.

#### **12-3 Gamme Chroma Santé Individuel en Complément de Collectif**

La tarification de la gamme santé Individuel en complément de collectif est indépendante de l'âge. Elle est établie en fonction du type de tarification en vigueur dans le contrat MGI collectif de base dans l'entreprise où est affilié le Membre Participant.

Deux types de cotisation sont possibles :

- une cotisation « salarié »,
- une cotisation « conjoint », si la tarification du contrat collectif appliquée à l'assuré inclus le conjoint

Les enfants affiliés au contrat individuel en complément de collectif ne paient pas de cotisations.

Le détail de la tarification est spécifié en annexe.

### 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**

**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.**

#### **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 de Grande Instance 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 - 108 rue de Lourmel - 75718 PARIS cedex 15

### **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 fautive 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 a 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 à compter du 1<sup>er</sup> avril 2018 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.**

#### **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 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.

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.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, le membre participant ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la mutuelle dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations les concernant. Pour ce faire un courrier est à adresser à : MGI - 108 rue de Lourmel, 75015 Paris.

Le membre participant et les 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. Pour ce faire un courrier est à adresser à : MGI - 108 rue de Lourmel, 75015 Paris.

#### **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 - 108 rue de Lourmel - 75718 Paris cedex 15

La mutuelle s'engage à accuser réception d'une réclamation dans un délai maximum de dix jours ouvrables à compter de la réception de celle-ci 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, 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 (en fonction de l'importance du litige soit le tribunal d'instance, soit le tribunal de grande instance).

## **Article 23 - Autorité de contrôle**

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

**ANNEXE 1 – PRESTATIONS GAMME HISTORIQUE – ACTIFS ET GROUPE FERME**

**(fermées à la commercialisation pour de nouvelles adhésions)**

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.**

<b>Prestations 2018</b>	<b>AMBRE</b>	<b>JADE</b>	<b>MARINE</b>	<b>RUBIS</b>
Consultation	100% TM	100% TM + 75% BR	100% TM + 125% BR	100% TM + 175% BR
Visite	100% TM	100% TM + 75% BR	100% TM + 125% BR	100% TM + 175% BR
Actes Techniques Médicaux	100% TM	100% TM + 75% BR	100% TM + 125% BR	100% TM + 175% BR
Radiologie	100% TM	100% TM + 75% BR	100% TM + 125% BR	100% TM + 175% BR
Pharmacie	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Auxiliaires médicaux	100% TM	100% TM + 65% BR	100% TM + 115% BR	100% TM + 165% BR
Soins infirmiers	100% TM	100% TM + 65% BR	100% TM + 115% BR	100% TM + 165% BR
Analyses	100% TM	100% TM + 65% BR	100% TM + 115% BR	100% TM + 165% BR
Prélèvements	100% TM	100% TM + 65% BR	100% TM + 115% BR	100% TM + 165% BR
Prothèses diverses	100% TM	100% TM + 70% BR	100% TM + 120% BR	100% TM + 170% BR
Transport	100% TM	100% TM + 70% BR	100% TM + 120% BR	100% TM + 170% BR
Soins dentaires	100% TM	100% TM + 75% BR	100% TM + 125% BR	100% TM + 175% BR
Prothèses dentaires	100% TM + 100% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 125% BR	100% TM + 175% BR
Orthodontie NR	153 €	229 €	336 €	458 €
Orthodontie	125% BR	125% BR	150% BR	175% BR
Lunettes et lentilles	120 €	190 €	260 €	330 €
Lunettes et lentilles NR	53 €	71 €	90 €	106 €
Prothèses auditives	360 € (1)	360 € (1)	360 € (1)	360 € (1)
Hospitalisation médicale	100% TM	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 200% BR
Chirurgie	100% TM	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 200% BR
Forfait hosp. Maladie	100% dès le 1er jour	100% dès le 1er jour	100% dès le 1er jour	100% dès le 1er jour
Forfait hosp. Chirurgie	100% dès le 1er jour	100% dès le 1er jour	100% dès le 1er jour	100% dès le 1er jour
Participation assuré	18€ x QTE	18€ x QTE	18€ x QTE	18€ x QTE
Chambre individuelle	20€ par jour	33€ par jour	45€ par jour	58€ par jour
Lit d'accomp.enft -14 ans	- - -	15€ par jour	15€ par jour	15€ par jour
Allocation maternité	336€ par enfant	336€ par enfant	336€ par enfant	336€ par enfant
Vaccin anti-grippe refusé	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Frais d'obsèques	763 €	763 €	763 €	763 €
Cure thermale et thalasso	100% TM	153 €	191 €	229 €



## ANNEXE 2 – PRESTATIONS GAMME HISTORIQUE - RETRAITES

(fermées à la commercialisation pour de nouvelles adhésions)

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.**

Prestations 2018	EQUILIBRE	SECURITE	CONFORT	BIEN ÊTRE
Consultation	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR
Visite	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR
Actes Techniques Médicaux	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Pharmacie	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Analyses	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 40% BR	100% TM + 60% BR
Prélèvements	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 40% BR	100% TM + 60% BR
Radiologie	100% TM	100% TM + 30% BR	100% TM + 60% BR	100% TM + 60% BR
Auxiliaires médicaux	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Soins infirmiers	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Soins dentaires	100% TM	100% TM + 10% BR	100% TM + 20% BR	100% TM + 100% BR
Prothèses dentaires	100% TM + 45% BR	100% TM + 120% BR	100% TM + 245% BR	100% TM + 245% BR
Lunettes et lentilles	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Prime optique	100€ par an et par bénéf.	190€ par an et par bénéf.	280€ par an et par bénéf.	370€ par an et par bénéf.
Prothèses diverses	100% TM	100% TM + 15% BR	100% TM + 40% BR	100% TM + 65% BR
Prothèses auditives	100% TM	100% TM + 15% BR	100% TM + 40% BR	100% TM + 65% BR
Prime prothèse auditive	---	---	---	125€/an/bénéficiaire
Hospitalisation médicale	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM + 100% BR
Chirurgie	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM + 100% BR
Forfait hosp. maladie	Limité à 30 jours/hosp	Limité à 30 jours/hosp	Limité à 30	Limité à 30 jours/hosp
Forfait hosp. chirurgie	Limité à 30 jours/hosp	Limité à 30 jours/hosp	Limité à 30	Limité à 30 jours/hosp
Participation assuré	18€ x QTE	18€ x QTE	18€ x QTE	18€ x QTE
Chambre individuelle	17€/j limité à 30	25€/j limité à 30	33€/j limité à 30	41€/j limité à 30
Transport	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Cure thermale	31 €	122 €	153 €	229 €
Vaccin anti-grippe refusé	---	100% FR	100% FR	100% FR
Frais d'obsèques	305€ (458€ si adhésion couple)	458€ (687€ si adhésion couple)	763€ (1068€ si adhésion couple)	1068€ (1525€/adhésion couple)

### ANNEXE 3 – PRESTATIONS GAMME CHROMA INDIVIDUEL (CHROMA MODULO)

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.**

(1) professionnel de santé ayant adhéré aux Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (Chirurgie-Obstétrique)

(2) en établissement conventionné

(3) dans la limite des frais réellement engagés

(4) 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 : verres et monture pour l'adulte" ; A 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" ; A défaut, le droit à remboursement est limité au droit de base.

**Les forfaits en euros (€) s'entendent par bénéficiaire, tous les 2 ans sauf en cas de modification de la vue. La prise en charge des montures est plafonnée à 150 € par équipement."**

(5) Les remboursements en prothèses dentaires, prothèses auditives, appareillages orthopédiques et autres prothèses sont plafonnées à :

2500 € / an / bénéficiaire de la date d'effet au 31/12/N+1

5000 € / an / bénéficiaire du 01/01/N+2 au 31/12/N+4

10 000 € / an / par bénéficiaire à partir du 01/01/N+5,

remboursements au niveau panier de soins (décret n°2014-1025 du 08/09/2014) non compris.

Ils sont également limités à 350% de Base de remboursement de la SS les 12 premiers mois d'adhésion à MGI, sauf en cas d'adhésion effective au cours des 6 premiers mois de la retraite"

(6) limité à une cure par an et par bénéficiaire

(7) : Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture (réalisée par un professionnel habilité à l'exercer), Diététique

(i) : plafonné à 610 € si l'équipement comporte un verre simple de LPP 2203240 ou LPP 2259966 ; le plafond s'entend y compris application du supplément pour fortes corrections

(ii) : si l'équipement comporte un verre simple, la garantie est plafonnée à 750 € . Si l'équipement comporte un verre simple de LPP 2203240 ou LPP 2259966, la garantie est plafonnée à 610 € sauf si l'équipement comporte un verre progressif de LPP2245384 ou LPP2202239 ; dans ce cas-là la garantie est plafonnée à 660 €. Le plafond s'entend y compris application du supplément pour forte correction

GARANTIES	Rouge	Rouge +	Orange	Orange +
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires (2) dont chirurgie				
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers				
Transports				
Soins externes				
Radiologie, actes techniques médicaux				
Pharmacie	médicaments à 65%	100%	100%	
	médicaments à 30%	30%	30%	
	médicaments à 15%	15%	15%	
Spécialités homéopat. (7° R.322-1)	30%	30%		
Forfait 18 € pour les actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%		
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (2)	Oui	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour (90 jrs / hosp.) (2) (3)	-	-	-	-
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans (90 jrs / hosp.) (2) (3)	23€ / jour	23€ / jour	23€ / jour	23€ / jour
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale (3)	Vaccin anti-grippe	Vaccin anti-grippe	Vaccin anti-grippe	Vaccin anti-grippe
<b>Optique : Verres et montures pour l'adulte</b>				
* Equipement à verres simples, droit de base (3) (4)	100% + 100€	100% + 125€	100% + 125€	100% + 150€
- droit intermédiaire (3) (4)	100% + 100€	100% + 125€	100% + 125€	100% + 150€
- droit maximal (3) (4)	100% + 100€	100% + 125€	100% + 125€	100% + 150€
* Equipement à verres progressifs, droit de base (3) (4)	100% + 200€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 250€
- droit intermédiaire (3) (4)	100% + 200€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 250€
- droit maximal (3) (4)	100% + 200€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 250€
* Supplément forte correction				
[si verre simple à BRSS > 4,00 €] (3)	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre
[si verre progressif à BRSS > 10,50 €] (3)	-	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre
<b>Optique : Verres et montures pour l'enfant</b>				
* Equipement avec verres simples (3)	100% + 50 €	100 % + 100€	100 % + 100€	100% + 125€
* Equipement avec verres progressifs (3)	100% + 200€	100 % + 200€	100 % + 200€	100% + 200€
* Supplément forte correction				
[si verre simple à BRSS > 20,00 €] (3)	+ 75€ / verre	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre
<b>Optique : Lentilles remboursées par la S.S. (3)</b>	-	100 % + 120 €	100 % + 120 €	100 % + 120 €
<b>Optique : Lentilles refusées par la S.S. (par an et par bénéficiaire) (3)</b>	-	-	-	80 €
<b>Optique : chirurgie réfractive (3) (par an et par bénéficiaire)</b>	-	-	-	150 € par oeil
<b>Soins et prothèses dentaires</b>				
- Soins dentaires	100%	100%	100%	100%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S. (5)	125%	250%	250%	350%
- Implants dentaires (par an et par adulte) (3)	-	-	-	-
- Orthodontie (enfant de moins de 16 ans)	125%	200%	200%	200%
<b>Autres prothèses &amp; divers</b>				
- Prothèses auditives (5)				
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses (5)	100%	250%	250%	350%
- Médecine Douce (séances x forfait par adulte) (3) (7)	-	-	-	2 x 30€
- Cures thermales (6)	65%	100% + 100€	100% + 100€	100% + 187,50€
<b>Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Assistance</b>	Oui	oui	oui	oui

GARANTIES	Jaune	Jaune +	Vert	Vert +
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	100%	100%	160% (200% si OPTAM)(1)	160% (200% si OPTAM)(1)
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires (2) dont chirurgie				
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers				
Transports				
Soins externes				
Radiologie, actes techniques médicaux				
Pharmacie médicaments à 65% médicaments à 30% médicaments à 15%			100%	100%
Spécialités homéopat. (7° R.322-1)				
Forfait 18 € pour les actes médicaux supérieurs à 120 €				
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (2)	Oui	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour (90 jrs / hosp.) (2) (3)	45,00 € / jour	45,00 € / jour	60,00 € / jour	60,00 € / jour
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans (90 jrs / hosp.) (2) (3)	23,00 € / jour	23,00 € / jour	23,00 € / jour	23,00 € / jour
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale (3)	Vaccin anti-grippe	Vaccin anti-grippe	Tout vaccin	Tout vaccin
<b>Optique : Verres et montures pour l'adulte</b>				
* Equipement à verres simples, droit de base (3) (4)	100% + 150€	100% + 150€	100% + 150€	100% + 200€
- droit intermédiaire (3) (4)	100% + 150€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 325€
- droit maximal (3) (4)	100% + 150€	100% + 250€	100% + 250€	100% + 450€
* Equipement à verres progressifs, droit de base (3) (4)	100% + 250€	100% + 250€	100% + 250€	100% + 300€
- droit intermédiaire (3) (4)	100% + 250€	100% + 300€	100% + 300€	100% + 425€
- droit maximal (3) (4)	100% + 250€	100% + 350€	100% + 350€	100% + 550€
* Supplément forte correction [si verre simple à BRSS > 4,00 €] (3) [si verre progressif à BRSS > 10,50 €] (3)	+ 50€ / verre + 50€ / verre	+ 50€ / verre + 50€ / verre	+ 50€ / verre + 50€ / verre	+ 50€ / verre + 50€ / verre
<b>Optique : Verres et montures pour l'enfant</b>				
* Equipement avec verres simples (3)	100% + 125€	100 % + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €
* Equipement avec verres progressifs (3)	100% + 200€	100 % + 350 €	100 % + 350 €	100% + 550€
* Supplément forte correction [si verre simple à BRSS > 20,00 € ] (3)	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre
<b>Optique : Lentilles remboursées par la S.S. (3)</b>	100 % + 120 €	100 % + 150 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €
<b>Optique : Lentilles refusées par la S.S. (par an et par bénéficiaire) (3)</b>	80 €	125 €	125 €	150 €
<b>Optique : chirurgie réfractive (3) (par an et par bénéficiaire)</b>	150 € par oeil	300 € par oeil	300 € par oeil	400 € par oeil
<b>Soins et prothèses dentaires</b>				
- Soins dentaires	100%	100%	100%	100%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S. (5)	350%	500%	500%	550%
- Implants dentaires (par an et par adulte) (3)	-	-	-	400 €
- Orthodontie (enfant de moins de 16 ans)	200%	250%	250%	300%
<b>Autres prothèses &amp; divers</b>				
- Prothèses auditives (5)	350%	500%	500%	550%
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses (5)				
- Médecine Douce (séances x forfait par adulte) (3) (7)	2 x 30€	2 x 40€	2 x 40€	3 x 40€
- Cures thermales (6)	100% +187,50€	100% +187,50€	100% +187,50€	100%+322,50 €
<b>Prévention</b> (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	100%	100%	100%	100%
<b>Assistance</b>	Oui	oui	oui	oui

GARANTIES	Bleu	Ble u+	Indigo	Violet
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	200% (250% si CAS)(1)	200% (250% si OPTAM)(1)	200% (300% si OPTAM)(1)	200% (300% si OPTAM)(1)
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires (2) dont chirurgie				
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers				
Transports				
Soins externes				
Radiologie, actes techniques médicaux	160% (250% si CAS)(1)	160% (250% si OPTAM)(1)		
Pharmacie	100%	100%	100%	100%
médicaments à 65%				
médicaments à 30%				
médicaments à 15%				
Spécialités homéopat. (7° R.322-1)				
Forfait 18 € pour les actes médicaux supérieurs à 120 €				
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (2)	Oui	oui	oui	oui
Chambre particulière dès le 1er jour (90 jrs / hosp.) (2) (3)	75,00 € / jour	75,00 € / jour	100,00 € / jour	100,00 € / jour
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans (90 jrs / hosp.) (2) (3)	23,00 € / jour	23,00 € / jour	23,00 € / jour	23,00 € / jour
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale (3)	Tout vaccin	Tout vaccin	Tout vaccin	Tout vaccin
<b>Optique : Verres et montures pour l'adulte</b>				
* Equipement à verres simples, droit de base (3) (4)	100% + 200€	Rbt SS + 250€	Rbt SS + 250€	Rbt SS + 300€
- droit intermédiaire (3) (4)	100% + 325€	Rbt SS + 360€	Rbt SS + 360€	Rbt SS + 385€
- droit maximal (3) (4)	100% + 450€	Rbt SS + 470€	Rbt SS + 470€	Rbt SS + 470€
* Equipement à verres progressifs, droit de base (3) (4)	100% + 300€	Rbt SS + 350€	Rbt SS + 350€	Rbt SS + 500€
- droit intermédiaire (3) (4)	100% + 425€	Rbt SS + 500€	Rbt SS + 500€	Rbt SS + 625€ (ii)
- droit maximal (3) (4)	100% + 550€	Rbt SS + 650€ (i)	Rbt SS + 650€ (i)	Rbt SS + 750€ (ii)
* Supplément forte correction				
[si verre simple à BRSS > 4,00 €] (3)	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre
[si verre progressif à BRSS > 10,50 €] (3)	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre
<b>Optique : Verres et montures pour l'enfant</b>				
* Equipement avec verres simples (3)	100 % + 250 €	100 % + 300 €	100 % + 300 €	100 % + 400 €
* Equipement avec verres progressifs (3)	100% + 550€	Rbt SS + 650 € (i)	Rbt SS + 650 € (i)	Rbt SS + 700€ (ii)
* Supplément forte correction				
[si verre simple à BRSS > 20,00 €] (3)	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre	+ 50€ / verre	-
<b>Optique : Lentilles remboursées par la S.S. (3)</b>	100 % + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 200 €	100 % + 250 €
<b>Optique : Lentilles refusées par la S.S. (par an et par bénéficiaire) (3)</b>	150 €	175 €	175 €	250 €
<b>Optique : chirurgie réfractive (3) (par an et par bénéficiaire)</b>	400 € par oeil	500 € par oeil	500 € par oeil	500 € par oeil
<b>Soins et prothèses dentaires</b>				
- Soins dentaires	100%	300%	300%	300%
- Prothèses dentaires remboursées par la S.S. (5)	550%	600%	600%	650%
- Implants dentaires (par an et par adulte) (3)	400 €	450 €	450 €	500 €
- Orthodontie (enfant de moins de 16 ans)	300%	400%	400%	400%
<b>Autres prothèses &amp; divers</b>				
- Prothèses auditives (5)				
- Appareillages orthopédiques et autres prothèses (5)	550%	600%	600%	750%
- Médecine Douce (séances x forfait par adulte) (3) (7)	3 x 40€	4 x 50€	4 x 50€	4 x 60€
- Cures thermales (6)	100%+322,50 €	100%+322,50 €	100%+322,50 €	100%+322,50 €
<b>Prévention</b> (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	100%	100%	100%	100%
<b>Assistance</b>	Oui	oui	oui	oui

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

	<b>Arc en Ciel 1</b>	<b>Arc en Ciel 2</b>
<b>Complément sur chambre particulière en cas d'hospitalisation</b> (max : 90 jrs par hospitalisation)	10 € / jr	10 € / jr
<b>Allocation d'obsèques</b> (pour tout adhérent < 65 ans)	-	1 500 €
<b>Lit accompagnant pour hospitalisation d'un adhérent de plus de 70 ans</b> , dans la limite de 7 jrs par hospitalisation	23 € / jr	23 € / jr
<b>Allocation Maternité, par naissance ou adoption d'un enfant de moins de 7 ans</b> (délai de stage : 10 mois)	250 €	400 €

#### ANNEXE 4 – PRESTATIONS GAMME CHROMA INDIVIDUEL EN COMPLEMENT DE COLLECTIF

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 et du contrat collectif 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.**

La dénomination des garanties et leur niveau de couverture se rapporte directement aux prestations de la gamme Chroma Individuel (Chroma MODULO) avec les correspondances suivantes :

Gamme Chroma individuel en Complément de collectif	Gamme Chroma individuel (Chroma MODULO)
S1.P1	Rouge
S2.P2	Orange
S3.P3	Jaune
S3+.P3+	Vert
S4.P4	Bleu
S5.P5	Indigo
S6.P6	Violet

La dénomination Sx correspond à la partie « Soins-Hospitalisation » de la Gamme Chroma Individuel, et la partie Py correspond à la partie « Optique, Prothèses et divers » de la Gamme Chroma Individuel,

<b>Sx : Soins Hospitalisation</b>	<b>Py : Optique, Prothèses et divers</b>
Consultations, visites (généralistes, spécialistes) Hospitalisation : frais de séjour, honoraires (2) dont chirurgie Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers Transports Soins externes Radiologie, actes techniques médicaux Pharmacie Spécialités homéopathiques. (7° R.322-1) Forfait 18 € pour les actes médicaux supérieurs à 120 € Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour (2) Chambre particulière dès le 1er jour (90 jrs / hosp.) (2) (3) Lit accompagnant pour les enfants Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale (3)	<b>Optique</b> : Verres et montures pour l'adulte <b>Optique</b> : Verres et montures pour l'enfant <b>Optique</b> : Lentilles remboursées par la S.S. <b>Optique</b> : Lentilles refusées par la S.S. <b>Optique</b> : chirurgie réfractive <b>Soins et prothèses dentaires</b> - Soins dentaires - Prothèses dentaires remboursées par la S.S. - Implants dentaires - Orthodontie <b>Autres prothèses &amp; divers</b> - Prothèses auditives - Appareillages orthopédiques et autres prothèses - Médecine Douce - Cures thermales <b>Prévention</b> <b>Assistance</b>

## ANNEXE 5 : PRESTATIONS D'ASSISTANCE

### En cas de maladie ou d'accident au domicile

#### Ce document vaut notice d'information

##### Pour contacter MGI Assistance

01 40 25 58 32 - 24h/24 et 7 jours/7\*

##### EN INDIQUANT :

- Le nom de la Mutuelle (MGI - gamme Chroma) et la référence 920 712
- Le nom et le prénom du bénéficiaire et la date de naissance du chef de famille bénéficiant du contrat MGI Assistance
- L'adresse exacte du bénéficiaire
- Le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

Lorsqu'un accident, une maladie (soudaine, imprévisible et aiguë) ou un décès surviennent, l'organisation de la vie familiale peut être bouleversée. Afin de vous aider à la réorganiser, votre mutuelle vous propose le service "Assistance à domicile". Par ce service qui renforce l'ensemble de vos garanties santé, votre mutuelle réaffirme sa vocation à faire preuve de solidarité et de professionnalisme pour protéger ses adhérents en toutes circonstances.

#### **DEFINITIONS**

##### BÉNÉFICIAIRE

- Personne physique ayant souscrit un contrat de la gamme Chroma auprès de la Mutuelle MGI pour son propre compte ou pour le compte de laquelle le contrat 920 712 a été souscrit par un tiers.
- Son conjoint ou concubin (y compris la personne ayant conclu un PACS avec le bénéficiaire), non séparés.
- Ses enfants fiscalement à charge.

##### ASCENDANT À CHARGE

Tout ascendant (parents, beaux-parents et grands-parents) vivant sous le toit du bénéficiaire et fiscalement à sa charge est considéré comme ascendant à charge.

##### DOMICILE

Lieu de résidence principale en France métropolitaine ou principautés d'Andorre ou Monaco.

##### MALADIE

- Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.
- Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge
- Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine).

##### ACCIDENT

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente; soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale, ...) ne peut être assimilée à un accident.

##### HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public ou toute hospitalisation à domicile, consécutifs à un accident ou une maladie, prescrite en urgence par un médecin, à l'exclusion des hospitalisations de jour et des hospitalisations planifiées.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.



### IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Toute incapacité physique à se déplacer survenant inopinément et consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

### TRANSPORT

Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train ou par avion, en classe économique.

### TERRITORIALITÉ

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine et principautés d'Andorre ou Monaco.

### DURÉE DE VALIDITÉ

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat de la gamme Chroma souscrit auprès de la Mutuelle MGI et de l'accord liant la Mutuelle MGI et MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pour la délivrance de ces prestations.

## **A / ADMISSION À L'HÔPITAL**

Si le bénéficiaire le souhaite, et sur prescription médicale uniquement, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

- La recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier public ou privé, dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.
- Le transport du bénéficiaire à l'hôpital et le retour au domicile par ambulance, de son domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de son choix situé dans un rayon de 50 km maximum autour de son domicile.
- La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le bénéficiaire s'engage à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes et à verser à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE toutes sommes perçues par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.
- L'information à la famille ou aux personnes préalablement désignées par le bénéficiaire du lieu d'hospitalisation où elles pourront prendre de ses nouvelles.

## **B / PENDANT L'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 2 (DEUX) JOURS ET/OU EN CAS DE DÉCÈS**

Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, si l'hospitalisation doit durer plus de 2 (deux) jours et si aucun proche n'est disponible sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

- **La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire** : Voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient à son chevet.
- **Le séjour à l'hôtel de la personne** désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 46 € TTC par nuit, avec un maximum de 92 € TTC. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».
- **La garde au domicile des enfants à charge de moins de 15 ans** dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 7h00 et 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra-scolaires et retourner les chercher. Cette prestation est également accordée en cas :
  - d'hospitalisation de plus de 2 (deux) jours de l'ascendant habituellement chargé de la garde de l'enfant.
  - de maladie, accident ou hospitalisation de la nourrice employée et déclarée par le bénéficiaire.
  - de décès de l'un des deux parents.

A l'issue de cette prestation et si l'hospitalisation doit se prolonger, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pourra organiser soit la présence d'un proche au domicile, soit le transfert des enfants chez un proche.

- **La conduite de l'enfant à l'école et aux activités extra-scolaires** : En cas d'hospitalisation du bénéficiaire de plus de 2 (deux) jours, et si aucun proche ne peut assurer le transport des enfants à l'école ou aux activités extra-scolaires (sport, musique...). Le transport est organisé par taxi et pris en charge à hauteur de 535 € TTC maximum pour tous les enfants concernés par période d'hospitalisation.
- **La présence d'un proche au domicile** : Voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans à la charge du

bénéficiaire. Cette prestation est également accordée en cas de décès de l'un des deux parents. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants ou petits-enfants chez un proche ».

- **Le transfert des enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche** : Voyage aller et retour jusque chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE. Cette prestation est également accordée en cas de décès de l'un des deux parents. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au domicile ».
- **Une veille sur les ascendants** par une personne de compagnie, pour un maximum de 24 heures consécutives, continues ou fractionnées, si le bénéficiaire est dans l'incapacité de s'occuper de ses ascendants dépendants à la suite d'une maladie ou d'un accident ne nécessitant pas une hospitalisation. Chaque prestation de la personne de compagnie dure au minimum 4 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés.
- **La garde des animaux de compagnie** (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)
  - soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 305 € TTC maximum par période d'hospitalisation,
  - soit chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99

- **L'aide-ménagère à domicile** dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures pouvant être réparties sur 3 semaines par période d'hospitalisation. Cette prestation est également accordée 4 heures par jour, pendant 2 (deux) jours maximum par période d'hospitalisation, si le bénéficiaire est dans l'incapacité de s'occuper de ses ascendants à charge. Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 3 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au domicile. Dans tous les cas, cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

## C / PRESTATIONS SPÉCIALES POUR ENFANT HOSPITALISÉ OU IMMOBILISÉ AU DOMICILE

Pendant l'immobilisation au domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si l'immobilisation doit durer plus de 2 (deux) jours et si aucun proche n'est disponible sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

- **La garde au domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent**, dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'immobilisation. Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est assurée par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au domicile.
- **La présence d'un proche au domicile** : A l'issue de la prestation d'un garde-malade préalablement missionnée – et pour permettre au bénéficiaire de poursuivre son activité – MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et prend en charge le transport aller/retour d'un proche parent, désigné par le bénéficiaire pour venir au chevet de l'enfant malade. Cette prestation n'est organisée et prise en charge qu'au départ et qu'à destination de la France métropolitaine et des principautés d'Andorre ou Monaco.
- **Le transfert à l'hôpital et retour au domicile** : En cas d'aggravation de l'état de santé de l'enfant convalescent à son domicile survenu au domicile et si après intervention des premiers secours et/ou du médecin traitant – l'enfant ne peut être soigné sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge (*sur prescription médicale*) le transport de l'enfant en ambulance de son domicile à l'hôpital le plus proche et ceci, suite à un appel du bénéficiaire missionné par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport de l'enfant par le SAMU.  
A l'issue de l'hospitalisation définie ci-dessus, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge le transport de l'enfant, de l'hôpital à son domicile, et l'intervention d'un garde malade en l'absence des parents, dans les mêmes conditions qu'au paragraphe ci-dessus.
- **Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales** : Lorsque l'immobilisation imprévue au domicile entraîne une absence scolaire supérieure à 14 (quatorze) jours consécutifs. Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe du bénéficiaire. Il pourra, avec l'accord du bénéficiaire et de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels du bénéficiaire l'étendue du programme à étudier.

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, à raison de 15 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire. La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai de 2 (deux) jours ouvrés. Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation imprévue de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 14 (quatorze) jours consécutifs.

## **D / DISPOSITIONS GENERALES**

LES PRESTATIONS DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE SOUSCRITE PAR LA MUTUELLE MGI AUPRÈS DE FRAGONARD ASSURANCES (S.A. AU CAPITAL DE 37 207 660,00 € - 479 065 351 RCS PARIS - ENTREPRISE RÉGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES - SIÈGE SOCIAL : 2 RUE FRAGONARD - 75017 PARIS) SONT MISES EN OEUVRE PAR MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SAS (SOCIÉTÉ PAR ACTIONS SIMPLIFIÉE AU CAPITAL DE 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS BOBIGNY - SIÈGE SOCIAL 7, RUE DORA MAAR - 93400 SAINT-OUEN - SOCIÉTÉ DE COURTAGE D'ASSURANCES - INSCRIPTION ORIAS 07 026 669 - WWW.ORIAS.FR).

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle. Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en oeuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 (cinq) jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés.

**L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE FRANCE a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès. Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aurait engagés pour organiser le service.**

**Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée.**

**La prestation « Garde au domicile de l'enfant convalescent de moins de 15 ans » n'est pas ouverte :**

- pendant les congés légaux du ou des parents et de la nourrice employée et déclarée,
- lorsqu'un membre majeur de la famille est présent au domicile.

**La prestation « Aide pédagogique » n'étant pas conçue pour services les convenances personnelles, toute fausse déclaration, falsification ou tentative de fraude entraîne la perte du bénéfice de la prestation et le remboursement immédiat des sommes éventuellement engagées par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pour sa réalisation.**

## **EXCLUSIONS GÉNÉRALES**

**Sont exclus :**

- les demandes non justifiées,
- les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/ constituées,
- les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile,
- les hospitalisations prévisibles,
- les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les maladies psychologiques antérieurement avérées/constituées (ou) en cours de traitement,
- les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 36ème semaine d'aménorrhée,

- les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool,
- les conséquences de tentative de suicide.

**LES CONSÉQUENCES :**

- des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
- de l'exposition à des agents biologiques infectants,
- de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
- de l'exposition à des agents incapacitants,
- de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
- qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire,
- les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences d'un accident survenu lors de la pratique par le bénéficiaire de l'un des sports ou loisirs suivants, qu'il soit pratiqué à titre individuel ou dans le cadre d'une activité encadrée par une fédération sportive : tout sport aérien (y compris delta-plane, planeur, kitesurf, parapente), ainsi que le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute Glisse hors-piste, l'alpinisme à plus de 3 000 m, la varappe, la spéléologie, et le parachutisme » et « les conséquences d'un Accident survenu lors de la pratique par le bénéficiaire du saut à l'élastique et de la plongée sous-marine avec appareil autonome lorsque l'activité n'est pas encadrée par un professionnel habilité ».

**Mise en œuvre des garanties**

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches auprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE par l'un des moyens ci-après :

- Téléphone : 01 40 25 58 32 accessibles 24h/24, 7 jours / 7, sauf mentions contraires, en indiquant :
  - le nom de votre Mutuelle (MGI - gamme Chroma) et la référence 920 712,
  - le nom et le prénom du bénéficiaire et la date de naissance du chef de famille bénéficiant du contrat MGI Assistance
  - l'adresse exacte du bénéficiaire
  - le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint

**Lutte contre la fraude**

Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi

n° 2004-801 du 6 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'opposition, d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toute information le concernant, qui figurerait dans les fichiers, en s'adressant à :

**MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SAS Direction Technique - Service Juridique DT03**  
**7 rue Dora Maar**  
**CS 60001**  
**93488 Saint-Ouen Cedex**

En application de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, MONDIAL ASSISTANCE se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution et de la gestion des prestations d'assistance.

**Modalités d'examen des réclamations**

Lorsque le bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse suivante :

**MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SAS**  
**Traitement Réclamations**  
**TSA 70002**  
**93488 Saint-Ouen Cedex**

Un accusé de réception parviendra au bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais. Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont MONDIAL ASSISTANCE France le tiendrait informé.