

REGLEMENT MUTUALISTE FRAIS DE SOINS DE SANTE GARANTIES CHROMA MODULO

V202505

Contenu

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

TITRE IV – LES COTISATIONS	14
Article 12 - Montant des cotisations	14
Article 13 - Paiement des cotisations.....	15
Article 14 - Non-paiement des cotisations	15
Article 15 - Révision des cotisations.....	15
TITRE V – LES PRESTATIONS	16
Article 16 - Conditions de versement des prestations.....	16
16-1 Déclaration de sinistre.....	16
16-2 Forclusion- Déchéance des droits en cas de fraude.....	16
16-3 Délai de versement des prestations	17
16.4 Contrôles Médicaux	17
Article 17 - Relations clients	17
TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES	17
Article 18 - Prescription	17
Article 19 - Recours subrogatoire	18
Article 20 - Loi informatique et libertés.....	18
Article 21 - Loi et langue applicable	19
Article 22 – Réclamations- Médiation- Tribunal compétent.....	19
22-1 Réclamations	19
22-2 Médiation	19
22-3 Tribunal compétent.....	19
Article 23 - Autorité de contrôle	20
ANNEXE 1 – PRESTATIONS GAMME CHROMA INDIVIDUEL (CHROMA MODULO)	21
ANNEXE 2 – INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES VENTE A DISTANCE	29
ANNEXE 3 - PRESTATIONS D’ASSISTANCE	30

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 14ème, 8 Bis Allée Gaston Bachelard (Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite sous le numéro SIREN 437 994 205). Il définit notamment les prestations et les cotisations, et ceci pour les garanties « Chroma Santé Individuel », aussi dénommées « Chroma MODULO » couvertes par la MGI dans le cadre du présent règlement mutualiste.

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

Article 2 – Elaboration et Révision du règlement mutualiste

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

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

Article 3 – Entrée en vigueur

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

TITRE II – ADHESION : CONDITIONS – MODALITES - DUREE

Article 4 – Membres participants et Ayants droits

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

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

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

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

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

- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 16 ans et bénéficier des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 18 ans et être à la charge fiscale participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,

- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 28 ans et justifiant au moins d'une des dispositions suivantes :
 - o de poursuivre ses d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
 - o de bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou en contrat d'alternance,
 - o d'être titulaire d'un emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification, de professionnalisation ou d'un contrat de même type,
 - o d'être volontaire en service civique (article L. 120-1 du code du service national, introduit par la loi du 10 mars 2010 relative au Service Civique),
 - o d'être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à l'Assurance chômage . Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo demandeurs d'emploi.
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 21 ans et être atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, ayant entraîné, à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 20 ans des avantages de la Sécurité sociale en qualité d'ayant droit du participant,
- quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent les allocations légales d'adultes handicapés. Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources peuvent être garantis.

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

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

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

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

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

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

5.1 Conditions d'adhésion – Information précontractuelle

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

5-3 Durée et Renouvellement de l'adhésion

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

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

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

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

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée dans les conditions prévues aux 2 alinéas ci-dessus, le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

5-4 Modalités de dénonciation ou de résiliation

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

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable adressé à la mutuelle ;
- 2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire adressé à la mutuelle;
- 4° Soit, lorsque la mutuelle propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

5-5 Choix et Modification du niveau de garantie

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

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

souscription. Toute modification de niveau de garantie correspond une résiliation du contrat en cours et à la souscription d'un nouveau contrat avec les nouvelles garanties choisies.

5-6 Affiliation et radiation des ayants droits

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

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

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

5-7 Fin des garanties

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

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

Article 6 - Délai de renonciation

Le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires pour se rétracter (en ce inclus le délai de 14 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, 8 Bis Allée Gaston Bachelard, 75014 Paris en recommandé ou par envoi recommandé électronique (cf modèle de lettre ci-après).

Modèle de lettre de renonciation à adresser à la mutuelle :

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

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

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

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

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

Article 7 - Résiliation de l'adhésion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 8 Réticence, fausse déclaration, déclaration inexacte, omission

8-1 Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

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

Le membre participant sera privé de tout droit à prestation.

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

8-2 Déclaration inexacte, omission

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

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

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

TITRE III – GARANTIES DE LA MUTUELLE

Article 9 Garanties frais de soins de santé

La garantie frais de soins de santé a pour objet :

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

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

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette

limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

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

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

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

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

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

9-2 Remboursements – Délais d'attente

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

La Mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte.

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

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

9-3 Exclusions et limitations de garanties

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **tous frais et honoraires non pris en charge par la Sécurité sociale sauf dispositions spécifiques incluses dans les tableaux de garanties 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) toutes les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens des articles L.871-1, R871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale.**

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

9-4 Contrats responsables

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

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

Pour ce faire le contrat prend en charge :

- L'intégralité de la participation des adhérents (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé.
- L'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L 174-4 du code de la sécurité sociale sans limitation de durée.
- Des frais exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilités pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima, incluant la participation des adhérents fixés au 3° de l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.
- L'intégralité des prothèses dentaires, équipement optique et équipement auditif entrant dans le champ d'une prise en charge renforcée sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale et selon les modalités fixées au 3° ; 4° et 5° de l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le décret N° 2019-21 du 11 Janvier 2019. Ces prises en charge s'entendent dans la limite des prix limite de vente (PLV) relatifs à ces équipements fixés par le même article.

Le contrat ne prend pas en charge :

- Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTAM (Dispositif de pratique tarifaire maîtrisé) au delà de la limite fixée par le décret.
- La participation forfaitaire mentionnée dans l'article L 160-13 II et III du Code de la Sécurité Sociale
- La majoration du ticket modérateur en cas de consultation ou visites de médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés, en l'absence ou sans prescription du médecin traitant
- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques

9-5 Avantages à la souscription

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

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

9-6 Soins engagés hors de France métropolitaine

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

Article 10 - Garantie Assistance

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

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

Il s'agit d'un service d'assistance qui consiste à aider le membre participant et ses ayants 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 assurée et gérée par FILASSISTANCE INTERNATIONAL (ci-après dénommée « FILASSISTANCE »), Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Article 11 - Correspondances avec les Membres Participants

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

Elles auront force probante dans les conditions du Code civil.

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

TITRE IV – LES COTISATIONS

Article 12 - Montant des cotisations

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

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

La cotisation est gratuite :

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

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

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

- l'âge à l'adhésion de la personne bénéficiaire ou ayant droit d'une structure membre du Groupe Lourmel (association 1901) dans le cas où seulement un des 2 conjoints est bénéficiaire ou ayant droit d'une structure membre du Groupe Lourmel (association 1901).

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

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

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

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

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

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

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

Article 13 - Paiement des cotisations

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

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

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

Tout mois commencé est dû intégralement.

Article 14 - Non-paiement des cotisations

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

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

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

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

Article 15 - Révision des cotisations

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

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

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

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

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

TITRE V – LES PRESTATIONS

Article 16 - Conditions de versement des prestations

16-1 Déclaration de sinistre

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

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

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

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

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

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

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

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

16-3 Délai de versement des prestations

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

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

16.4 Contrôles Médicaux

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

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

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin du bénéficiaire, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette contestation. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier sa désignation sera demandée par la partie la plus diligente au Président du Tribunal judiciaire de Paris.

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

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

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

Article 17 - Relations clients

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

TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 18 - Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle 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 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 (responsable du traitement) concernant le Membre participant et ses ayants droit assurés, ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées dans le cadre de l'adhésion à la Mutuelle, de la gestion et de l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Leur non transmission par le membre participant rendra donc impossible l'exécution du contrat par la Mutuelle.

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

Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées, c'est à dire une durée correspondant à la durée du contrat augmentée de la durée de la prescription ou de la durée légale de conservation.

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

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

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

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

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

Article 21 - Loi et langue applicable

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

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

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

Article 22 – Réclamations- Médiation- Tribunal compétent

22-1 Réclamations

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

La mutuelle s'engage à accuser réception d'une réclamation dans un délai maximum de dix jours ouvrables à compter de 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 (FNM- 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 – FNM - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15
- par mail : mediation@mutualite.fr

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

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

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

22-3 Tribunal compétent

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

Article 23 - Autorité de contrôle

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

ANNEXE 1 – PRESTATIONS GAMME CHROMA INDIVIDUEL (CHROMA MODULO)

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

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

	GARANTIES	ROUGE	ROUGE +	ORANGE	ORANGE+
Soins Courants	Honoraires médicaux				
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	125%	125%
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM et hors OPTAM-CO	100%	100%	100%	100%
	Actes techniques médicaux, OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	125%	125%
	Actes techniques médicaux, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	100%	100%	100%	100%
	Radiologie, OPTAM	100%	100%	125%	125%
	Radiologie, hors OPTAM	100%	100%	100%	100%
	Soins externes, OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	125%	125%
	Soins externes, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	100%	100%	100%	100%
	Honoraires paramédicaux				
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	100%	100%	125%	125%
	Transport	100%	100%	125%	125%
	Analyses et examens de laboratoires				
	Analyses et examens de laboratoires	100%	100%	125%	125%
	Médicaments				
	Pharmacie remboursées par la S.S. 65%	100%	100%	100%	100%
	Pharmacie remboursées par la S.S. 30%	30%	30%	100%	100%
	Pharmacie remboursées par la S.S. 15%	15%	15%	100%	100%
Hospitalisation	Vaccins non remboursés par SS ⁽¹⁾ par an et par bénéficiaire	vaccin anti grippe : 15€	vaccin anti grippe : 15€	vaccin anti grippe : 15€	vaccin anti grippe : 15€
	Homeopathie prescrite non remboursée	-	-	20 €	20 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la SS	-	-	-	-
	Matériel médical ⁽²⁾				
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	100%	100%	125%	125%
	Honoraires				
	Frais de séjour ⁽³⁾ , établissement conventionné	100%	100%	frais réels	frais réels
	Frais de séjour ⁽³⁾ , établissement non conventionné	100%	100%	125%	125%
	Honoraires, OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	125%	125%
	Honoraires, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	100%	100%	100%	100%
	Chambre particulière, max 60 Jrs par hospitalisation	-	-	15 € / Jrs	15 € / Jrs
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans, max 60 Jrs par hospitalisation	25 € / Jrs	25 € / Jrs	25 € / Jrs	25 € / Jrs
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%	100%	100%
	Forfait Patient Urgences	100%	100%	100%	100%
	Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾⁽⁴⁾	100%	100%	100%	100%
Optique	Equipelement 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% frais réels dans la limite des PLV			
	Autre équipement optique (verres et monture)	Verres : frais réels dans la limite des PLV, monture limitée à 100€ Monture : 100€ max			
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾				
	- Equipement libre ADULTE ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾				
	<u>Equipelement à verres unifocaux</u>				
	droit de base	100% + 100€	100% + 125€	100% + 125€	100% + 150€
	droit intermédiaire	100% + 100€	100% + 125€	100% + 125€	100% + 150€
	droit maximal	100% + 100€	100% + 125€	100% + 125€	100% + 150€
	<u>Equipelement à verres progressifs</u> ⁽¹¹⁾				
	droit de base	100% + 200€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 250€
	droit intermédiaire	100% + 200€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 250€
	droit maximal	100% + 200€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 250€
	<u>Supplément forte correction</u> ⁽¹²⁾	+50 € /verre	+50 € /verre	+50 € /verre	+50 € /verre
	- Equipement libre ENFANT ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁹⁾				
	<u>Equipelement à verres unifocaux</u>	100% + 50€	100% + 100€	100% + 100€	100% + 125€
	<u>Equipelement à verres progressifs</u> ⁽¹¹⁾	100% + 200€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 200€
	<u>Supplément forte correction</u> ⁽¹²⁾	+75€ /verre	+50€ /verre	+50€ /verre	+50€ /verre
Dentaire	Lentilles ⁽¹³⁾				
	Lentilles remboursées par la S.S	100%	100% + 120€	100% + 120€	100% + 120€
	Lentilles non remboursées par la S.S.	-	-	-	80€
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹⁴⁾	-	-	-	150€ / œil
	Soins et Prothèses 100% Santé ⁽¹⁵⁾	100% frais réels dans la limite des PLV			
	Autres soins dentaires				
	Inlay / onlay (par acte)	100%	100%	100%	100%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁶⁾	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la S.S. (par an par bénéf.)	-	-	-	-
	Autres Prothèses dentaires ⁽²⁾				
	- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ⁽¹⁷⁾	125%	250%	250%	350%
	- Autres prothèses remboursées par la SS	125%	250%	250%	350%
	Orthodontie				
	Orthodontie acceptée par la SS (enfant de moins de 16 ans)	125%	200%	200%	200%
	Implants (par an par bénéficiaire)	-	-	-	-
Aides auditives	Prothèses auditives 100% santé ⁽¹⁸⁾	100% frais réels dans la limite des PLV			
	Autres Prothèses auditives hors 100% santé ⁽²⁾⁽¹⁹⁾ et accessoires ⁽²⁰⁾				
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	100%	700€ /aide auditive	700€ /aide auditive	1000€ / aide auditive
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans	100%	100%	100%	100%
Prestations complémentaires	Accessoires ⁽²⁰⁾	100%	175%	175%	250%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²¹⁾⁽²²⁾ : Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Pédicure-Podologue, Psychomotricien, Psychologues (hors dispositif MonPsy), par an et par bénéficiaire	-	-	-	3 x 30€
	Psychologues, dispositif MonPsy	100%	100%	100%	100%
	Cures thermale ⁽²³⁾	65%	100% + 100€	100% + 100€	100% + 187,50€
	Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	100%	100%	100%	100%
	Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui

	GARANTIES	JAUNE	JAUNE+	VERT	VERT+
Soins Courants	Honoraires médicaux				
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	150%	150%	200%	200%
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM et hors OPTAM-CO	120%	120%	160%	160%
	Actes techniques médicaux, OPTAM ou OPTAM-CO	150%	150%	200%	200%
	Actes techniques médicaux, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	120%	120%	160%	160%
	Radiologie, OPTAM	150%	150%	200%	200%
	Radiologie, hors OPTAM	120%	120%	160%	160%
	Soins externes, OPTAM ou OPTAM-CO	150%	150%	200%	200%
	Soins externes, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	120%	120%	160%	160%
	Honoraires paramédicaux				
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	150%	150%	175%	175%
	Transport	150%	150%	175%	175%
	Analyses et examens de laboratoires				
	Analyses et examens de laboratoires	150%	150%	175%	175%
	Médicaments				
Hospitalisation	Pharmacie remboursées par la S.S. 65%	100%	100%	100%	100%
	Pharmacie remboursées par la S.S. 30%	100%	100%	100%	100%
	Pharmacie remboursées par la S.S. 15%	100%	100%	100%	100%
	Vaccins non remboursés par SS ⁽¹⁾ par an et par bénéficiaire	vaccin anti grippe : 15€ 30 €	vaccin anti grippe : 15€ 30 €	tout vaccin : 50 € 40 €	tout vaccin : 50 € 40 €
	Homeopathie prescrite non remboursée	-	-	-	-
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la SS				
	Matériel médical ⁽²⁾				
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	150%	150%	200%	200%
	Honoraires				
	Frais de séjour ⁽³⁾ , établissement conventionné	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
	Frais de séjour ⁽³⁾ , établissement non conventionné	150%	150%	200%	200%
	Honoraires, OPTAM ou OPTAM-CO	150%	150%	200%	200%
	Honoraires, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	120%	120%	160%	160%
	Chambre particulière, max 60 jrs par hospitalisation	45 € / jr	45 € / jr	60 € / jr	60 € / jr
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans, max 60 jrs par hospitalisation	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr
Optique	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%	100%	100%
	Forfait Patient Urgences	100%	100%	100%	100%
	Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾⁽⁴⁾	100%	100%	100%	100%
	Equipelement 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% frais réels dans la limite des PLV			
	Autre équipement optique (verres et monture)	Verres : frais réels dans la limite des PLV, monture limitée à 100€ Monture : 100€ max			
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾				
	- Equipement libre ADULTE ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾				
	<u>Equipelement à verres unifocaux</u>				
	droit de base	100% + 150€	100% + 150€	100% + 150€	100% + 200€
	droit intermédiaire	100% + 150€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 325€
	droit maximal	100% + 150€	100% + 250€	100% + 250€	100% + 450€
	<u>Equipelement à verres progressifs</u> ⁽¹¹⁾				
	droit de base	100% + 250€	100% + 250€	100% + 250€	100% + 300€
	droit intermédiaire	100% + 250€	100% + 300€	100% + 300€	100% + 425€
	droit maximal	100% + 250€	100% + 350€	100% + 350€	100% + 550€
Dentaire	<u>Supplément forte correction</u> ⁽¹²⁾	+50 € /verre	+50 € /verre	+50 € /verre	+50 € /verre
	- Equipement libre ENFANT ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁹⁾				
	<u>Equipelement à verres unifocaux</u>	100% + 125€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 250€
	<u>Equipelement à verres progressifs</u> ⁽¹¹⁾	100% + 200€	100% + 350€	100% + 350€	100% + 550€
	<u>Supplément forte correction</u> ⁽¹²⁾	+50€ /verre	+50€ /verre	+50€ /verre	+50€ /verre
	Lentilles ⁽¹³⁾				
	Lentilles remboursées par la S.S	100% + 120€	100% + 150€	100% + 150€	100% + 200€
	Lentilles non remboursées par la S.S.	80€	125€	125€	150€
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹⁴⁾	150€ / œil	300€ / œil	300€ / œil	400€ / œil
	Soins et Prothèses 100% Santé ⁽¹⁵⁾	100% frais réels dans la limite des PLV			
	Autres soins dentaires				
	Inlay / onlay (par acte)	100%	100%	100%	100%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁶⁾	100%	100%	100%	100%
	Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la S.S. (par an par bénéf.)	-	200€	200€	250€
	Autres Prothèses dentaires ⁽²⁾				
	- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ⁽¹⁷⁾	350%	500%	500%	550%
	- Autres prothèses remboursées par la SS	350%	500%	500%	550%
	Orthodontie				
	Orthodontie acceptée par la SS (enfant de moins de 16 ans)	200%	250%	250%	300%
	Implants (par an par bénéficiaire)	-	-	-	400€
Aides auditives	Prothèses auditives 100% santé ⁽¹⁸⁾	100% frais réels dans la limite des PLV			
	Autres Prothèses auditives hors 100% santé ⁽²⁾⁽¹⁹⁾ et accessoires ⁽²⁰⁾				
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	1000€ / aide auditive	1400 € / aide auditive	1400 € / aide auditive	1700€ / aide auditive
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans	100%	100%	100%	100%
Prestations complémentaires	Accessoires ⁽²⁰⁾	250%	350%	350%	450%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²¹⁾⁽²²⁾ : Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Pédicure-Podologue, Psychomotricien, Psychologues (hors dispositif MonPsy), par an et par bénéficiaire	3 x 30€	3 x 40€	3 x 40€	3 x 40€
	Psychologues, dispositif MonPsy	100%	100%	100%	100%
	Cures thermale ⁽²³⁾	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100% + 187,50€	100% + 322,50€
	Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	100%	100%	100%	100%
	Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui

	GARANTIES	BLEU	BLEU+	INDIGO	VIOLET
Soins Courants	Honoraires médicaux				
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	250%	250%	300%	300%
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM et hors OPTAM-CO	200%	200%	200%	200%
	Actes techniques médicaux, OPTAM ou OPTAM-CO	250%	250%	300%	300%
	Actes techniques médicaux, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	160%	160%	200%	200%
	Radiologie, OPTAM	250%	250%	300%	300%
	Radiologie, hors OPTAM	160%	160%	200%	200%
	Soins externes, OPTAM ou OPTAM-CO	250%	250%	300%	300%
	Soins externes, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	200%	200%	200%	200%
	Honoraires paramédicaux				
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	200%	200%	200%	200%
	Transport	200%	200%	200%	200%
	Analyses et examens de laboratoires				
	Analyses et examens de laboratoires	200%	200%	200%	200%
	Médicaments				
	Pharmacie remboursées par la S.S. 65%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation	Pharmacie remboursées par la S.S. 30%	100%	100%	100%	100%
	Pharmacie remboursées par la S.S. 15%	100%	100%	100%	100%
	Vaccins non remboursés par SS ⁽¹⁾ par an et par bénéficiaire	tout vaccin : 50 €	tout vaccin : 50 €	tout vaccin : 50 €	tout vaccin : 50 €
	Homeopathie prescrite non remboursée	40 €	40 €	40 €	40 €
	Contraception féminine prescrite, non remboursée par la SS	-	-	-	-
	Matériel médical ⁽²⁾				
	Appareillages orthopédiques et autres prothèses	250%	250%	300%	300%
	Honoraires				
	Frais de séjour ⁽³⁾ , établissement conventionné	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
	Frais de séjour ⁽³⁾ , établissement non conventionné	250%	250%	300%	300%
	Honoraires, OPTAM ou OPTAM-CO	250%	250%	300%	300%
	Honoraires, hors OPTAM et hors OPTAM-CO	200%	200%	200%	200%
	Chambre particulière, max 60 Jrs par hospitalisation	75 € / jr	75€ / jr	100€ / jr	100€ / jr
	Lit accompagnant pour enfants de moins de 12 ans, max 60 Jrs par hospitalisation	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr	25 € / jr
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%	100%	100%
	Forfait Patient Urgences	100%	100%	100%	100%
	Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾⁽⁴⁾	100%	100%	100%	100%
Optique	Equipelement 100% Santé ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% frais réels dans la limite des PLV			
	Autre équipement optique (verres et monture)				
	- Equipement combinant des verres 100% Santé et une monture libre ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	Verres : frais réels dans la limite des PLV, monture limitée à 100€ Monture : 100€ max			
	- Equipement libre ADULTE ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾				
	<u>Equipelement à verres unifocaux</u>				
	droit de base	100% + 200€	rbt SS + 250€	rbt SS + 250€	rbt SS + 300€
	droit intermédiaire	100% + 325€	rbt SS + 360€	rbt SS + 360€	rbt SS + 385€
	droit maximal	100% + 450€	rbt SS + 470€	rbt SS + 470€	rbt SS + 470€
	<u>Equipelement à verres progressifs</u> ⁽¹¹⁾				
	droit de base	100% + 300€	rbt SS + 350€	rbt SS + 350€	rbt SS + 500€
	droit intermédiaire	100% + 425€	rbt SS + 500€	rbt SS + 500€	rbt SS + 625€ ⁽¹⁰⁾
	droit maximal	100% + 550€	rbt SS + 650€ ⁽¹⁰⁾	rbt SS + 650€ ⁽¹⁰⁾	rbt SS + 750€ ⁽¹⁰⁾
	<u>Supplément forte correction</u> ⁽¹²⁾	+50 € /verre	+50 € /verre	+50 € /verre	+50 € /verre
	- Equipement libre ENFANT ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁹⁾				
	<u>Equipelement à verres unifocaux</u>	100% + 250€	100% + 300€	100% + 300€	100% + 400€
	<u>Equipelement à verres progressifs</u> ⁽¹¹⁾	100% + 550€	rbt SS + 650€	rbt SS + 650€	rbt SS + 700€
	<u>Supplément forte correction</u> ⁽¹²⁾	+50€ /verre	+50€ /verre	+50€ /verre	-
Dentaire	Lentilles ⁽¹³⁾				
	Lentilles remboursées par la S.S	100% + 200€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 250€
	Lentilles non remboursées par la S.S.	150€	175€	175€	250€
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹⁴⁾	400€ / œil	500€ / œil	500€ / œil	500€ / œil
	Soins et Prothèses 100% Santé ⁽¹⁵⁾	100% frais réels dans la limite des PLV			
	Autres soins dentaires				
	Inlay / onlay (par acte)	100%	300%	300%	300%
	Autres Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹⁶⁾	100%	300%	300%	300%
	Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la S.S. (par an par bénéf.)	300€	300€	400€	400€
	Autres Prothèses dentaires ⁽²⁾				
	- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ⁽¹⁷⁾	550%	600%	600%	650%
	- Autres prothèses remboursées par la SS	550%	600%	600%	650%
	Orthodontie				
	Orthodontie acceptée par la SS (enfant de moins de 16 ans)	300%	400%	400%	400%
	Implants (par an par bénéficiaire)	400€	450€	450€	500€
Aides auditives	Prothèses auditives 100% santé ⁽¹⁸⁾	100% frais réels dans la limite des PLV			
	Autres Prothèses auditives hors 100% santé ⁽²⁾⁽¹⁹⁾ et accessoires ⁽²⁰⁾				
	- Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	1700€ / aide auditive	1700€ / aide auditive	1700€ / aide auditive	1700€ / aide auditive
	- Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans	100%	100%	100%	100%
Prestations complémentaires	Accessoires ⁽²⁰⁾	450%	600%	600%	750%
	Médecines complémentaires et alternatives agréées ⁽²¹⁾⁽²²⁾ : Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Etiopathes, Diététiciens, Pédicure-Podologue, Psychomotricien, Psychologues (hors dispositif MonPsy), par an et par bénéficiaire	3 x 40€	4 x 50€	4 x 50€	4 x 60€
	Psychologues, dispositif MonPsy	100%	100%	100%	100%
	Cures thermale ⁽²³⁾	100% + 322,50€	100% + 322,50€	100% + 322,50€	100% + 322,50€
	Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	100%	100%	100%	100%
	Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui

- (1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire
- (2) Le remboursement annuel des prestations en Matériel Médical, Prothèses dentaire (hors 100% santé), Prothèses auditives (hors 100% santé) est plafonné par bénéficiaire suivant les modalités suivantes :
- 2000€ / an / bénéficiaire de la date d'effet du contrat au 31/12/N+1
 - 5000€ /an / bénéficiaire du 01/01/N+2 au 31/12/N+4
 - 10000€ /an / bénéficiaire à partir du 01/01/N+5
- Au-delà de ce plafond, le remboursement est limité au montant du ticket modérateur.
- (3) Sans limitation de durée
- (4) Prise en charge suivant les dispositions de l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale
- (5) Equipement 100% Santé "Classe A", pris en charge tels que défini par l'arrêté du 3 Décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
- (6) Renouvellement :
- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus: après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.
- Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'article L 165-1-2 du code de la Sécurité sociale."
- (7) Dans le respect des minimums du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (8) 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 : Equipement libre 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.
- (9) Avec monture libre ou monture 100% Santé. Le remboursement de la monture libre est limité à 100 € par équipement.
- (10) En cas de présence d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal dans un même équipement optique, le remboursement total par MGI et le Régime de base ne peut excéder :
- 560€, si l'équipement comporte un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019,
 - 610€, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal, mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019,

- 700€, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal et d'un verre progressif ou multifocal, tous deux mentionnés au c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019,
 - 750€, si l'équipement est constitué d'un verre unifocal mentionné au c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et d'un verre progressif ou multifocal mentionné au f) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, Ces montants s'entendent y compris les suppléments fortes corrections.
- (11) Il s'agit d'un équipement remboursé par la Sécurité sociale comportant des verres progressifs ou multifocaux
- (12) Dispositions applicables pour tous verres optiques sauf les verres des catégories suivantes :
- les verres unifocaux listés dans le a) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
 - et les verres multifocaux ou progressifs suivants et listés dans le c) de l'article 1er du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 :
 1. verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries
 2. verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
 3. verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
- (13) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire
- (14) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an
- (15) Soins et prothèses relevant du "100% Santé", définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (16) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire
- (17) Prothèses hors "100% Santé", auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (18) Prothèses auditives relevant du 100% Santé au 01.01.2021, définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente fixés par l'avis du 28.11.2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'art. L165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (19) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement total régimes obligatoires et complémentaires compris est limité à 1700€ par aide auditive"
- (20) S'entend comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants : * Ecouteur
- * Microphone
 - * Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts
 - / an / appareil - bénéficiaire de plus de deux

ans => 1 embout /an/appareil * Pile sans mercure.

- (21) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :
- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
 - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
 - Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministre de la santé publique (RNE) ;
 - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Pédicures-Podologues titulaire d'un diplôme d'état de pédicure podologue
 - Psychomotricien titulaire du diplôme d'état correspondant
 - Psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie
- (22) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an par bénéficiaire. Remboursement sur la base de factures acquittées.
- (23) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire. Remboursement sur la base de factures acquittées.

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

Maîtrisée-Chirurgie Obstétrique

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais Réels

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

Garanties 2024	Arc en Ciel 1	Arc en Ciel 2
Complément sur chambre particulière en cas d'hospitalisation (max : 60 jrs par hospitalisation)	10 € / jr	10 € / jr
Participation aux frais d'Obsèques (pour tout adhérent < 65 ans)	-	1 500 €
Lit accompagnant pour hospitalisation d'un adhérent de plus de 70 ans , dans la limite de 7 jrs par hospitalisation	23 € / jr	23 € / jr
Allocation Maternité, par naissance ou adoption d'un enfant de moins de 7 ans (délai de stage : 10 mois)	250 €	400 €

ANNEXE 2 – INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES VENTE A DISTANCE

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

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

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

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

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

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

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

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



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

MGI