



Compagnie : MGI (Mutuelle Générale Interprofessionnelle), soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro : Siren 437 994 205 - 108 rue de Lourmel 75718 PARIS Cedex 15.

Produit : **chroma Modulo 2022** – 12 niveaux de garanties de Rouge à Violet.

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats dits responsables et solidaires.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** consultations généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, radiologie et analyses médicales, médicaments à Service Médical Rendu (SMR) important (remboursés à 65% par la Sécurité sociale).
- ✓ **Hospitalisation :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport.
- ✓ **Optique :** lunettes (monture et verres).
- ✓ **Dentaire :** soins dentaires, prothèses (remboursées par la Sécurité sociale), orthodontie (remboursé par la Sécurité sociale).
- ✓ **Appareillage remboursé par la Sécurité sociale** dont prothèses auditives.
- ✓ **Actes de prévention** répondant à la liste officielle conforme à l'Arrêté du 8 juin 2006.
- ✓ **Vaccins anti-grippe non remboursés par la Sécurité sociale.**

Les garanties optionnelles :

- ✓ Chambre particulière – Lit accompagnant.
- ✓ Médicaments à service médical rendu faible et modéré (remboursés à 15% et 30% par la Sécurité sociale).
- ✓ Homéopathie prescrite.
- ✓ Cure thermale.
- ✓ Optique : lentilles.
- ✓ Chirurgie réfractive de l'œil.
- ✓ Frais dentaires : participation implants dentaires.
- ✓ Parodontologie, blanchiment, curetage non pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététicien, éthiopathie, pédicure, podologie, psychologie.
- ✓ Vaccins autres que les vaccins anti-grippe.

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Tiers payant.
- ✓ Réseau Sévéane : dentiste, opticien, audioprothésiste.
- ✓ Service en ligne sur votre espace personnel www.lourmel.com ou sur votre application mobile.
- ✓ Prestation d'assistance en cas de maladie ou d'accident à domicile.
- ✓ Téléconsultation.

Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut éventuellement rester à votre charge.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Tous frais et honoraires non pris en charge par la Sécurité sociale sauf dispositions spécifiques incluses dans les tableaux de garanties annexés au règlement.
- ✗ Les frais de confort personnel (téléphone, télévision...).
- ✗ Le forfait journalier concernant les établissements médico-sociaux.
- ✗ Toutes les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat selon les dispositions prévues par le code de la Sécurité sociale.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Les principales exclusions :

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.

Les principales restrictions :

MGI intervient dans les limites indiquées dans les tableaux de garanties présentés en annexe du règlement mutualiste frais de soins de santé garanties individuelles.

- ! **Chambre particulière :** la prise en charge est limitée à 90 jours par hospitalisation.
- ! **Médecines douces :** forfait global annuel pour l'ostéopathie, chiropractie, acupuncture et diététiciens dans la limite prévue par le contrat.
- ! **Optique :** les remboursements en optique s'effectuent dans la limite des planchers et des plafonds : 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 prise en charge des montures est plafonnée à 150 € par équipement.
- ! **Prothèses :** les remboursements en prothèses dentaires, prothèses auditives, appareillages orthopédiques et autres prothèses sont plafonnés à : 2 000 € / an / bénéficiaire de la date d'effet du contrat au 31/12/N+1 ; 5 000 € / an / bénéficiaire du 01/01/N+2 au 31/12/N+4 ; 10 000 € / an / par bénéficiaire à partir du 01/01/N+5. Ils sont également limités à 350% de la base de remboursement de la Sécurité sociale les 12 premiers mois d'adhésion à MGI, sauf en cas d'adhésion effective au cours des 6 premiers mois de la retraite. Prothèses auditives limitées à un appareil par oreille tous les 4 ans.



Où suis-je couvert ?

En 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.



Quelles sont mes obligations ?

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

A la souscription

- Pour adhérer à Chroma Modulo, l'assuré doit remplir et signer un bulletin d'adhésion en précisant les ayants droit qui seront assurés ainsi que les garanties choisies.
- Pour être recevable, le bulletin d'adhésion doit être accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires demandées par MGI.

En cours de contrat

- Payer les cotisations.
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements non télétransmises par le régime de base à MGI dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité sociale.
- Informer MGI des événements suivants dans les 3 mois de leur survenance :
 - changement d'adresse, modification de la composition familiale changement de régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer le paiement ?

- Les cotisations sont annuelles et payables mensuellement ou trimestriellement à terme à échoir, uniquement par prélèvement automatique sur compte bancaire domicilié en France.
- Tout mois commencé est dû intégralement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- L'adhésion prend effet au jour stipulé sur les conditions particulières.
- Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion (et pour un ayant droit à la date d'effet de sa radiation).



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat par lettre ou tout support durable à **MGI LOURMEL - Service adhésions particuliers - 108 rue de Lourmel 75718 Paris CEDEX 15** ou par mail conseil-particuliers@lourmel.asso.fr :

- pour la première année d'adhésion, le 31 décembre à minuit, moyennant un préavis de 2 mois.
- pour les années suivantes : à tout moment moyennant un préavis de 1 mois.
- en cours d'année, si l'assuré justifie être couvert au titre d'un contrat groupe obligatoire;
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis par MGI.