



GARANTIE SANTÉ

2018



MUTUELLE 341

- Pas de questionnaire médical
- Pas de délai de stage
- Gratuité à partir du 3^{ème} enfant à charge jusqu'à 16 ans (sous réserve d'un justificatif de scolarité)
- Gratuité d'un nouveau-né pendant 1 an (date anniversaire)



**Ouverte
à tous**



DISPOSITIONS GENERALES

La Mutuelle 341 est composée de quatre garanties :

Métal Nickel Chrome Titane

ADHESION :

Toute nouvelle adhésion ne pourra être inférieure à une durée d'un an (sauf conditions particulières Article L221-17 du Code de la Mutualité).

Toute nouvelle adhésion en garantie TITANE prendra effet uniquement le 1^{er} janvier et entraînera obligatoirement le règlement de la cotisation annuelle (pas d'inscription en cours d'année pour la garantie TITANE).

NAISSANCE :

Sur présentation de l'acte de naissance, l'enfant bénéficie de la gratuité pendant 1 an. Durant cette période, l'enfant ne peut prétendre à une garantie supérieure à celle du responsable. Le document doit impérativement nous parvenir dans le mois qui suit la naissance.

EXTENSION ET CHANGEMENT DE GARANTIE :

L'extension de garantie nécessite un maintien dans cette même garantie pendant 2 ans minimum. Les changements de garanties ne pourront intervenir que le 1^{er} janvier de chaque année (sous certaines conditions).

COTISATION :

Les adhérents s'engagent au paiement d'une cotisation fixée pour chaque garantie, par le Conseil d'Administration, ratifiée par l'Assemblée Générale et affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle. Tout mois commencé est dû à la mutuelle.

RESILIATION :

Toutes les demandes de résiliation ne prendront effet qu'au 31 décembre de l'année en cours, en respectant un préavis de 2 mois (réception au bureau de la mutuelle d'un courrier en recommandé avec accusé de réception).

A réception de l'échéancier annuel, l'adhérent dispose d'un délai de 20 jours, cachet de la poste faisant foi, pour mettre un terme à son contrat (Loi Chatel). La Mutuelle accepte les résiliations autres sous certaines conditions (Article L221-17 du Code de la Mutualité).



NATURE ET NIVEAU DES GARANTIES

Les adhérents ont droit à un complément des frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, etc... dans la limite du règlement de la mutuelle et basé sur les tarifs conventionnels de la Sécurité Sociale.

La mutuelle ne prend en charge aucun dépassement d'honoraire des médecins dès que les patients les consultent en dehors du parcours de soins. Les franchises ne sont pas couvertes par la mutuelle (article L322-2 du Code de la Sécurité Sociale).

Dans le cadre des contrats responsables, la Mutuelle 341 prend en charge les actes de prévention suivants :

- Ostéodensitométrie remboursée sécurité sociale pour les femmes âgées de + de 50 ans (tous les 6 ans).
- Détartrage annuel complet une fois par an.

Tout adhérent victime d'un accident dans lequel un tiers est impliqué ou d'un accident couvert par une assurance spécifique (scolaire, sportive, de la circulation etc...) doit obligatoirement le signaler dans les plus brefs délais au secrétariat de la mutuelle.

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires régissant les contrats responsables et solidaires, les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après accord de l'organisme habilité et après information préalable de l'adhérent.

MODALITES PRATIQUES

La carte mutuelle est strictement personnelle et réservée aux bénéficiaires inscrits sur cette carte.

Elle sert à bénéficier du tiers payant en pharmacie, en hospitalisation, ou chez certains spécialistes de santé.

En cas de radiation, vous devez sans délai retourner vos cartes d'adhérent à la mutuelle.

Toute utilisation frauduleuse de la carte nous obligera à vous demander le remboursement des prestations payées indûment pour votre compte, et ce par tous moyens prévus par la loi.

Aucune prestation ne sera servie, ni après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Comment obtenir un remboursement pour vous-même et les membres de votre famille ?

Il existe une procédure de traitement automatique des remboursements (NOEMIE).

Grâce à cette procédure, dès lors que vous adressez une demande de remboursement à la Sécurité Sociale, vous n'avez rien à adresser à votre mutuelle, sauf demande expresse de cette dernière.

Pour tous centres non conventionnés NOEMIE, vous devez impérativement nous fournir les décomptes Sécurité Sociale (la Mutuelle 341 se réserve le droit de vous demander les originaux). Dès réception de vos décomptes de la Sécurité Sociale, nous vous conseillons de vérifier systématiquement qu'ils comportent bien la mention « décompte transmis à votre organisme complémentaire » ou une formule similaire.

Si, en changeant de domicile, vous transférez votre dossier à une autre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, vous devrez adresser à la mutuelle une photocopie de votre nouvelle attestation de Carte Vitale pour continuer à bénéficier de la procédure NOEMIE (sauf cas particulier).

Pour les membres de votre famille ayant leur propre numéro de Sécurité Sociale, vous devez indiquer le régime auquel il (elle) est affilié (e) (fournir attestation sécurité sociale).

Garantie Métal

	REMBOURSEMENT
MEDECINE	
Consultations - Visites Généralistes OPTAM (CO)*	100% (1)
Consultations - Visites Généralistes NON OPTAM (CO)*	100%
Consultations - Visites Spécialistes OPTAM (CO)*	120% (1)
Consultations - Visites Spécialistes NON OPTAM (CO)*	100%
Auxiliaires Médicaux	100%
Analyses :	
* agréées Sécurité Sociale	100%
* non agréées Sécurité Sociale	Néant
Examen (ostéodensitométrie) Non agréé Sécurité Sociale	Néant
Ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Diététiciens, Podologues, Psychologues	50 €/bénéf./an
Radiologie OPTAM (CO)*	100%
Radiologie NON OPTAM (CO)*	100%
Pharmacie	100%
Médicaments non remboursés	Néant
Actes Chirurgicaux - Actes Techniques OPTAM (CO)*	100% (2)
Actes Chirurgicaux - Actes Techniques NON OPTAM (CO)*	100%
HOSPITALISATIONS Médecine, Chirurgie, Psychiatrie, Cures, Convalescence (sauf long séjour)	
Séjour	100%
Soins, Diagnostics, Frais de Salle d'opération	100%
Dépassement d'honoraires du Chirurgien OPTAM (CO)*	120%
Dépassement d'honoraires du Chirurgien NON OPTAM (CO)*	100%
Forfait journalier	100% du forfait en vigueur durée illimitée
Supplément chambre particulière (psychiatrie)	Néant
Supplément chambre particulière (chirurgicale / médicale)	20 €/jour Durée 15 jours/an/Etablissement
Lit accompagnant enfant de moins de 12 ans (fournir le bulletin de situation)	Néant
Maternité : fécondation in vitro, péridurale	Néant
I.V.G.	Néant
CURES THERMALES hors hôpital	
Surveillance Médicale, Soins	100%
Hébergement :	
* Agréé Sécurité Sociale	55 €
* Non agréé Sécurité Sociale	Néant
DENTAIRE	
Soins	220%
Orthodontie	220%
Prothèses agréées Sécurité Sociale	220% (2)
Prothèses refusées Sécurité Sociale, Implants, sur présentation d'une facture détaillée	Néant
OPTIQUE (1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue)	
	VOIR ANNEXE
	220 €/an
Lentilles Acceptées ou Refusées Sécurité Sociale (sur prescription médicale en cours de validité)	Néant
Traitement par Laser de la Myopie ou Implants	
PROTHESE ET PETIT APPAREILLAGE MEDICAL	
Prothèse Auditive	130% (2)
Autres prothèses et petit appareillage Agréés Sécurité Sociale	Néant
Refusés Sécurité Sociale (sur prescription médicale) hors TIPS	Néant
Protection Urinaire (sur prescription médicale) hors TIPS	
TRANSPORT	
Agréé Sécurité Sociale	100%
PRIME DE NAISSANCE OU D'ADOPTION Lors de l'inscription de l'enfant	
	150 €
Extrait d'acte de naissance (+50% pour naissance gemellaire et + 75% pour 3 enfants et plus)	
INDEMNITES DE FRAIS FUNERAIRES	
	600 €

* **OPTAM (CO) : Option Pratique Tarifaire Maitrisée (Chirurgie - Obstétrique)**

(1) 100% ou taux RO particulier : 1 fois le remboursement Sécu (Hors CAS : Remboursement Sécu minoré de 20%)

Prestations en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité Sociale, y compris les remboursements du régime obligatoire, dans la limite des frais réels.

	REMBOURSEMENT
MEDECINE	
Consultations - Visites Généralistes OPTAM (CO)*	120% (1)
Consultations - Visites Généralistes NON OPTAM (CO)*	100%
Consultations - Visites Spécialistes OPTAM (CO)*	140% (1)
Consultations - Visites Spécialistes NON OPTAM (CO)*	120% (1)
Auxiliaires Médicaux	100%
Analyses :	
* agréées Sécurité Sociale	100%
* non agréées Sécurité Sociale	Néant
Examen (ostéodensitométrie) Non agréé Sécurité Sociale	1/3 du prix payé dans la limite de 30 €/acte
Ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Diététiciens, Podologues, Psychologues	70 €/bénéf./an
Radiologie OPTAM (CO)*	100%
Radiologie NON OPTAM (CO)*	100%
Pharmacie	100%
Médicaments non remboursés	Néant
Actes Chirurgicaux - Actes Techniques OPTAM (CO)*	100% (2)
Actes Chirurgicaux - Actes Techniques NON OPTAM (CO)*	100%
HOSPITALISATIONS <i>Médecine, Chirurgie, Psychiatrie, Cures, Convalescence (sauf long séjour)</i>	
Séjour	100%
Soins, Diagnostics, Frais de Salle d'opération	100%
Dépassement d'honoraires du Chirurgien OPTAM (CO)*	140%
Dépassement d'honoraires du Chirurgien NON OPTAM (CO)*	120%
Forfait journalier	100% du forfait en vigueur durée illimitée
Supplément chambre particulière (psychiatrie)	20 €/jour Durée 30 jours/an/Etablissement
Supplément chambre particulière (chirurgicale / médicale)	60 €/jour Durée 30 jours/an/Etablissement
Lit accompagnant enfant de moins de 12 ans (fournir le bulletin de situation)	30 €/jour durée 30 jours/an
Maternité : fécondation in vitro, péridurale	60 €
I.V.G.	100%
CURES THERMALES <i>hors hôpital</i>	
Surveillance Médicale, Soins	100%
Hébergement :	
* Agréé Sécurité Sociale	70 €
* Non agréé Sécurité Sociale	Néant
DENTAIRE	
Soins	270%
Orthodontie	270%
Prothèses agréées Sécurité Sociale	270% (2)
Prothèses refusées Sécurité Sociale, Implants, sur présentation d'une facture détaillée	500 €/an
OPTIQUE (1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue)	
VOIR ANNEXE	
Lentilles Acceptées ou Refusées Sécurité Sociale (sur prescription médicale en cours de validité)	400 €/an
Traitement par Laser de la Myopie ou Implants	150 €/œil
PROTHESE ET PETIT APPAREILLAGE MEDICAL	
Prothèse Auditive	180% (2)
Autres prothèses et petit appareillage Agréés Sécurité Sociale	180% (2)
Refusés Sécurité Sociale (sur prescription médicale) hors TIPS	2/3 du prix payé dans la limite de 30 €/facture
Protection Urinaire (sur prescription médicale) hors TIPS	1/3 du prix payé dans la limite de 20 €/facture
TRANSPORT	
Agréé Sécurité Sociale	100%
PRIME DE NAISSANCE OU D'ADOPTION <i>Lors de l'inscription de l'enfant</i>	
Extrait d'acte de naissance (+50% pour naissance gemellaire et + 75% pour 3 enfants et plus)	200 €
INDEMNITES DE FRAIS FUNERAIRES	
Bulletin de décès (+ justificatifs selon situation)	600 €

* **OPTAM (CO) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgie - Obstétrique)**

(1) 100% ou taux RO particulier : 1 fois le remboursement Sécu (Hors CAS : Remboursement Sécu minoré de 20%)

Prestations en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité Sociale, y compris les remboursements du régime obligatoire, dans la limite des frais réels.

	REMBOURSEMENT
MEDECINE	
Consultations - Visites Généralistes OPTAM (CO)*	140% (1)
Consultations - Visites Généralistes NON OPTAM (CO)*	120% (1)
Consultations - Visites Spécialistes OPTAM (CO)*	140% (1)
Consultations - Visites Spécialistes NON OPTAM (CO)*	120% (1)
Auxiliaires Médicaux	100%
Analyses :	
* agréées Sécurité Sociale	100%
* non agréées Sécurité Sociale	2/3 du prix payé dans la limite de 60 €/acte
Examen (ostéodensitométrie) Non agréé Sécurité Sociale	2/3 du prix payé dans la limite de 60 €/acte
Ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Diététiciens, Podologues, Psychologues	90 €/bénéf./an
Radiologie OPTAM (CO)*	100%
Radiologie NON OPTAM (CO)*	100%
Pharmacie	100%
Médicaments non remboursés	Néant
Actes Chirurgicaux - Actes Techniques OPTAM (CO)*	120% (2)
Actes Chirurgicaux - Actes Techniques NON OPTAM (CO)*	100%
HOSPITALISATIONS <i>Médecine, Chirurgie, Psychiatrie, Cures, Convalescence (sauf long séjour)</i>	
Séjour	100%
Soins, Diagnostics, Frais de Salle d'opération	100%
Dépassement d'honoraires du Chirurgien OPTAM (CO)*	160%
Dépassement d'honoraires du Chirurgien NON OPTAM (CO)*	140%
Forfait journalier	100% du forfait en vigueur durée illimitée
Supplément chambre particulière (psychiatrie)	40 €/jour Durée 30 jours/an/Etablissement
Supplément chambre particulière (chirurgicale / médicale)	60 €/jour Durée 60 jours/an/Etablissement
Lit accompagnant enfant de moins de 12 ans (fournir le bulletin de situation)	60 €/jour durée 60 jours/an
Maternité : fécondation in vitro, péridurale	60 €
I.V.G.	100%
CURES THERMALES <i>hors hôpital</i>	
Surveillance Médicale, Soins	100%
Hébergement :	
* Agréé Sécurité Sociale	105 € dans la limite des Frais Réels
* Non agréé Sécurité Sociale	Néant
DENTAIRE	
Soins	320%
Orthodontie	320%
Prothèses agréées Sécurité Sociale	320% (2)
Prothèses refusées Sécurité Sociale, Implants, sur présentation d'une facture détaillée	877,20 €/an
OPTIQUE (1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue)	
VOIR ANNEXE	
Lentilles Acceptées ou Refusées Sécurité Sociale (sur prescription médicale en cours de validité)	550 €/an
Traitement par Laser de la Myopie ou Implants	305 €/œil
PROTHESE ET PETIT APPAREILLAGE MEDICAL	
Prothèse Auditive	260% (2)
Autres prothèses et petit appareillage Agréés Sécurité Sociale	250% (2)
Refusés Sécurité Sociale (sur prescription médicale) hors TIPS	2/3 du prix payé dans la limite de 40 €/facture
Protection Urinaire (sur prescription médicale) hors TIPS	1/3 du prix payé dans la limite de 25 €/facture
TRANSPORT	
Agréé Sécurité Sociale	100%
PRIME DE NAISSANCE OU D'ADOPTION <i>Lors de l'inscription de l'enfant</i>	
Extrait d'acte de naissance (+50% pour naissance gemellaire et + 75% pour 3 enfants et plus)	310 €
INDEMNITES DE FRAIS FUNERAIRES	
Bulletin de décès (+ justificatifs selon situation)	600 €

* **OPTAM (CO) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgie - Obstétrique)**

(1) 100% ou taux RO particulier : 1 fois le remboursement Sécu (Hors CAS : Remboursement Sécu minoré de 20%)

Prestations en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité Sociale, y compris les remboursements du régime obligatoire, dans la limite des frais réels.

Garantie Titane

	REMBOURSEMENT
MEDECINE	
Consultations - Visites Généralistes <i>OPTAM (CO)*</i>	Frais Réels (moins rembt Sécurité Sociale)
Consultations - Visites Généralistes <i>NON OPTAM (CO)*</i>	140% (1)
Consultations - Visites Spécialistes <i>OPTAM (CO)*</i>	Frais Réels (moins rembt Sécurité Sociale)
Consultations - Visites Spécialistes <i>NON OPTAM (CO)*</i>	140% (1)
Auxiliaires Médicaux	140%
Analyses :	
* agréées Sécurité Sociale	140%
* non agréées Sécurité Sociale	Frais Réels dans la limite de 90 €/acte
Examen (ostéodensitométrie) Non agréé Sécurité Sociale	Frais Réels dans la limite de 90 €/acte
Ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Diététiciens, Podologues, Psychologues	160 €/bénéf./an
Radiologie <i>OPTAM (CO)*</i>	140% (2)
Radiologie <i>NON OPTAM (CO)*</i>	120% (2)
Pharmacie	100%
Médicaments non remboursés	50 €/an
Actes Chirurgicaux - Actes Techniques <i>OPTAM (CO)*</i>	150% (2)
Actes Chirurgicaux - Actes Techniques <i>NON OPTAM (CO)*</i>	130% (2)
HOSPITALISATIONS <i>Médecine, Chirurgie, Psychiatrie, Cures, Convalescence (sauf long séjour)</i>	
Séjour	100%
Soins, Diagnostics, Frais de Salle d'opération	100%
Dépassement d'honoraires du Chirurgien <i>OPTAM (CO)*</i>	180%
Dépassement d'honoraires du Chirurgien <i>NON OPTAM (CO)*</i>	160%
Forfait journalier	100% du forfait en vigueur durée illimitée
Supplément chambre particulière (psychiatrie)	55 €/jour Durée 45 jours/an/Etablissement
Supplément chambre particulière (chirurgicale / médicale)	75 €/jour Durée 90 jours/an/Etablissement
Lit accompagnant enfant de moins de 12 ans (fournir le bulletin de situation)	60 €/jour durée 90 jours/an
Maternité : fécondation in vitro, péridurale	60 €
I.V.G.	100%
CURES THERMALES <i>hors hôpital</i>	
Surveillance Médicale, Soins	100%
Hébergement :	
* Agréé Sécurité Sociale	250 € dans la limite des Frais Réels
* Non agréé Sécurité Sociale	100 € dans la limite des Frais Réels
DENTAIRE	
Soins	320%
Orthodontie	320%
Prothèses agréées Sécurité Sociale	420% (2)
Prothèses refusées Sécurité Sociale, Implants, sur présentation d'une facture détaillée	1000 €/an
OPTIQUE (1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue)	
VOIR ANNEXE	
Lentilles Acceptées ou Refusées Sécurité Sociale (sur prescription médicale en cours de validité)	600 €/an
Traitement par Laser de la Myopie ou Implants	450 €/œil
PROTHESE ET PETIT APPAREILLAGE MEDICAL	
Prothèse Auditive	280% (2)
Autres prothèses et petit appareillage Agréés Sécurité Sociale	250% (2)
Refusés Sécurité Sociale (sur prescription médicale) hors TIPS	2/3 du prix payé dans la limite de 45 €/facture
Protection Urinaire (sur prescription médicale) hors TIPS	1/3 du prix payé dans la limite de 30 €/facture
TRANSPORT	
Agréé Sécurité Sociale	100%
PRIME DE NAISSANCE OU D'ADOPTION <i>Lors de l'inscription de l'enfant</i>	
Extrait d'acte de naissance (+50% pour naissance gemellaire et + 75% pour 3 enfants et plus)	460 €
INDEMNITES DE FRAIS FUNERAIRES	
Bulletin de décès (+ justificatifs selon situation)	600 €

* *OPTAM (CO) : Option Pratique Tarifaire Maitrisée (Chirurgie - Obstétrique)*

(1) 100% ou taux RO particulier : 1 fois le remboursement Sécu (Hors CAS : Remboursement Sécu minoré de 20%)

Prestations en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité Sociale, y compris les remboursements du régime obligatoire, dans la limite des frais réels.



OPTIQUE (voir mentions complémentaires)

1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue

1 ^{er} VERRE	2 ^{ème} VERRE	METAL	NICKEL	CHROME	TITANE
MONTURE		75 €	100 €	130 €	150 €
Critère A * verre simple foyer dont la sphère I- 6,00 et + 6,00I et dont le cylindre est ≤ à + 4,00	Critère A * verre simple foyer dont la sphère I- 6,00 et + 6,00I et dont le cylindre est ≤ à + 4,00	90 €	190 €	260 €	290 €
Critère A * verre simple foyer dont la sphère I- 6,00 et + 6,00I et dont le cylindre est ≤ à + 4,00	Critère C * verre simple foyer dont la sphère I- 6,00 à + 6,00I ou verre simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 ou Verre multifocal ou progressif	180 €	250 €	350 €	400 €
Critère A * verre simple foyer dont la sphère I- 6,00 et + 6,00I et dont le cylindre est ≤ à + 4,00	Critère F * verre multifocal ou progressif sphérocyllindrique dont la sphère I- 8,00 à + 8,00I ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère I- 4,00 à + 4,00I	230 €	300 €	400 €	450 €
Critère C * verre simple foyer dont la sphère est I- 6,00 à + 6,00I ou verre simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 ou verre multifocal ou progressif	Critère C * verre simple foyer dont la sphère est I- 6,00 à + 6,00I ou verre simple foyer dont le cylindre > à + 4,00 ou verre multifocal ou progressif	260 €	330 €	430 €	480 €
Critère C * verre simple foyer dont la sphère I- 6,00 à + 6,00I ou verre simple foyer dont le cylindre > à + 4,00 ou verre multifocal ou progressif	Critère F * verre multifocal ou progressif sphérocyllindrique dont la sphère I- 8,00 à + 8,00I ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est I- 4,00 à + 4,00I	280 €	350 €	450 €	500 €
Critère F * verre multifocal ou progressif sphérocyllindrique dont la sphère I- 8,00 à + 8,00I ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est I- 4,00 à + 4,00I	Critère F * verre multifocal ou progressif sphérocyllindrique dont la sphère I- 8,00 à + 8,00I ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est I- 4,00 à + 4,00I	300 €	370 €	470 €	520 €

* CRITÈRES

CRITERE A	CRITERE C	CRITERE F
2200393 - 2242457 - 2261874 - 2270413 2203240 - 2226412 - 2259966 - 2287916	2206800 - 2202452 - 2219381 - 2234239 - 2238792 - 2238941 2240671 - 2243304 - 2243540 - 2245036 - 2248320 - 2259245 2259660 - 2264045 - 2268385 - 2273854 - 2282221 - 2283953 2291088 - 2297441 2212976 - 2227038 - 2235776 - 2252668 - 2254868 - 2263459 2265330 - 2280660 - 2282793 - 2284527 - 2288519 - 2290396 2291183 - 2295896 - 2299180 - 2299523	2202239 - 2245384 - 2252042 - 2295198



MENTIONS COMPLÉMENTAIRES

OPTIQUE :

Un équipement optique est composé d'une monture et 2 verres. En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 régissant les « contrats responsables », la prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et 2 verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans.

Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Dans le cas de 2 équipements (vision de loin et vision de près), le remboursement s'effectue sur la base d'un équipement complexe.

Le forfait équipement optique s'entend prise en charge du ticket modérateur inclus.

En cas de changement de législation ou de la réglementation de la Sécurité Sociale, les garanties seront révisées sans délai. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, le montant des prestations et leurs modalités de calcul, déterminés sur la base de ce contrat, demeureront inchangés. Dès lors, les éventuelles conséquences financières du ou des changement (s) seront mises à la charge des bénéficiaires.

DOCUMENTS A FOURNIR

Dans tous les cas, décomptes Sécurité Sociale ou refus de prise en charge, de moins de 24 mois.

Vous devez fournir les factures détaillées pour les situations suivantes :

- En cas de dépassement du Tarif Conventionnel, dépassement d'honoraires...
- En cas de règlement du Ticket Modérateur (avis des sommes à payer + attestation de paiement lors d'un règlement en soins externes)
- En cas de non prise en charge Sécurité Sociale et selon garantie.

La Mutuelle 341 se réserve le droit de vous demander les originaux.

Tous vos courriers doivent être adressés à la mutuelle.

N'oubliez pas de signaler à la mutuelle tout changement de situation, d'adresse et de coordonnées bancaires ou postales...

ASSISTANCE

La mutuelle met à votre disposition des heures d'aides ménagères sous certaines conditions :

- Etre hospitalisé au minimum 5 jours
- La demande doit être faite au bureau de la mutuelle dans les 5 jours qui suivent la sortie d'hospitalisation
- Fournir un bulletin de situation
- Indiquer l'organisme choisi

Si toutes ces conditions sont remplies, vous bénéficierez de 10 heures plafonnées à 75% par bénéficiaire et par année civile. Ces heures sont utilisables partiellement ou intégralement dans le mois qui suit la sortie d'hospitalisation.

PRIORITE SANTE MUTUALISTE (PSM)

PSM est un service offert à tous les adhérents de la mutuelle 341. En téléphonant au numéro mentionné ci-dessous et en indiquant le code d'accès, vous pourrez obtenir des informations sur différents sujets de santé.

Tél. : 39 35 Code 3840



INFORMATIONS PRATIQUES



MUTUELLE 341

2 Rue de la Liberté

71130 GUEUGNON

Tél : 03 85 84 42 87

Fax : 03 85 84 42 81

Email : mutuelle341@orange.fr

HORAIRES TELEPHONIQUES

Lundi à Jeudi :

8 h à 12 h - 13 h à 17 h

Vendredi (matin) :

8 h à 12 h

ACCES VIA INTERNET

www.mutuelle341.fr

Vous avez la possibilité de visualiser ou modifier :

- Vos décomptes en ligne
- Vos cotisations
- Vos données personnelles (numéro de téléphone, changement d'adresse, adresse mail etc...)

HORAIRES DES PERMANENCES

Mardi et Jeudi

10 h 00 à 11 h 00

14 h 30 à 15 h 30



**MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITE
IMMATRICULEE SOUS LE NUMERO SIREN 778 588 111**