

Mutuelle 341

Garantie Santé 2022

Chrome

Ouverte à tous

- Pas de questionnaire médical
- Pas de délai de stage
- 100% Santé
- Gratuité à partir du 3^{ème} enfant
- Gratuité d'un nouveau-né pendant 1 an

Sommaire :

Page 2 - Dispositions Générales
Page 4 - Tableau prestations
Page 6 - Tableau remboursements optique
Page 7 - Exemples
Page 8 - Informations Pratiques



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 : de 8 h à 12 h et 13 h 15 à 17 h
Vendredi (matin) : de 8 h à 12 h

• **HORAIRES DES PERMANENCES**

Mardi et Jeudi
de 10 h 00 à 11 h 00 et 14 h 30 à 15 h 30

• **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...)



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



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).

NAISSANCE :

La mutuelle 341 conditionne l'attribution du forfait naissance à l'inscription de l'enfant sur votre contrat (**premier déclarant**).

Sur présentation de l'acte de naissance, l'enfant bénéficie de la gratuité pendant 1 an (date anniversaire).

Pour bénéficier de la prime de naissance et la gratuité d'un an, vous devez fournir impérativement l'acte de naissance au plus tard au 1er mois révolu de l'enfant.

ATTENTION :

Si deux contrats individuels sont souscrits à la mutuelle, l'enfant bénéficiera de la gratuité uniquement sur un contrat et la prime de naissance sera versée sur le dit-contrat (**premier déclarant**).

Pour une éventuelle attribution de la prime naissance sur le second contrat, une cotisation devra être versée dès l'inscription de l'enfant. Cette demande entraînera l'adhésion pour une durée d'un an minimum (date anniversaire).

CHANGEMENT DE GARANTIE :

Les changements de garanties ne pourront intervenir que le 1^{er} Janvier de chaque année en respectant un préavis d'un mois (sauf conditions particulières Article L221-17 du Code de la Mutualité).

Tout changement en garantie TITANE entrainera obligatoirement le règlement de la cotisation de l'année.

RESILIATION :

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 résiliation ne pourra intervenir qu'au 31 décembre de l'année en cours.

La Mutuelle accepte les résiliations autres sous certaines conditions (Article L221-17 du Code de la Mutualité).

RESILIATION INFRA-ANNUELLE :

La loi du 14 juillet 2019 a introduit la faculté de résiliation infra-annuelle (c'est-à-dire en cours d'année) des contrats de complémentaire santé. Les assurés pourront rompre le contrat à tout moment après la première année de souscription (date anniversaire).

COTISATION :

Les adhérents s'engagent au paiement d'une cotisation fixée par le Conseil d'Administration, ratifiée par l'Assemblée Générale et affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle.

Pour toute clôture de dossier, le mois commencé est dû. Seule la résiliation infra-annuelle ouvre droit au remboursement de cotisation. Lorsque la Mutuelle a prélevé l'intégralité de l'échéance, le décret stipule le droit à être remboursé de la **quote-part de la cotisation trop-perçue**, dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

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, la garantie fera 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.

100% SANTE

Le 100 % Santé, ou reste à charge 0 (RAC 0), a pour objectif de réduire le reste à charge dans 3 secteurs de santé : OPTIQUE – DENTAIRE – AUDIOLOGIE. Le décret 2019-21 publié au Journal Officiel du 11/01/19 en précise les modalités.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier du 100 % santé, votre liberté de choix sera préservée puisque vous conserverez à tout moment la possibilité de choisir d'autres équipements à tarifs libres en audiologie et optique, à tarifs modérés ou libres en dentaire.

Les remboursements s'appliqueront selon les garanties de votre contrat santé responsable.

Afin d'orienter votre choix, les professionnels de santé vous proposeront deux devis en audiologie et optique, trois devis en dentaire, dont un obligatoirement en 100% Santé par secteur.

ASSISTANCE

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

- Être hospitalisé(e) au minimum 5 jours (***hors psychiatrie***)
- 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 bénéficiez de 12 heures plafonnées à 75% par bénéficiaire et par année civile. Ces heures sont utilisables partiellement ou intégralement dans les deux mois qui suivent la sortie d'hospitalisation.

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 droits 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 fournir une attestation de droits Sécurité Sociale.

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, dépassements d'honoraires.
- En cas de règlement du Ticket Modérateur
- En cas de non prise en charge Sécurité Sociale et selon garantie.
- Décès : bulletin de décès et justificatifs selon situation.

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

Afin de bénéficier de la gratuité à partir du 3^{ème} enfant, vous devez fournir un justificatif de scolarité pour chaque enfant (à partir de 16 ans).

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.

Par modification de l'article L871-1 du code de la sécurité sociale, l'article 5 de la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé impose désormais une communication sur le ratio prestations / cotisations (P/C) et les frais de gestions.

RAPPORT PRESTATIONS / COTISATIONS :

« Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, ***hors taxes***, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le rapport Prestations sur Cotisations (P/C) pour l'année 2020 est de 75,60 %.

RAPPORT FRAIS DE GESTION :

« Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, ***hors taxes***, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. « Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »

Les frais de gestion pour l'année écoulée s'élèvent à 8,64%

Page 4	PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			COMMENTAIRES
		AMO* dans le parcours de santé	CHROME	AMO + CHROME	
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux - Consultations et visites généralistes signataires OPTAM(CO) - Consultations et visites généralistes non signataires OPTAM(CO) - Consultations et visites spécialistes signataires OPTAM(CO) - Consultations et visites spécialistes non signataires OPTAM(CO)	70% 70% 70% 70%	70% 50% 70% 50%	140% 120% 140% 120%		
Honoraires paramédicaux - Auxiliaires médicaux	60%	40%	100%		
Biologie - Analyses, examen de laboratoire - Analyses, examen de laboratoire non remboursés par l'AMO	60% Néant	40% 2/3 du prix payé dans la limite de 60 €	100% 2/3 du prix payé dans la limite de 60 €	Plafond par acte - Facture nominative acquittée	
Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO	Néant	2/3 du prix payé dans la limite de 60 €	2/3 du prix payé dans la limite de 60 €	Plafond par acte - Facture nominative acquittée	
Actes d'imagerie - Médecins signataires OPTAM(CO) - Médecins non signataires OPTAM(CO)	70% 70%	50% 30%	120% 100%		
Actes techniques et de chirurgie - Médecins signataires OPTAM(CO) - Médecins non signataires OPTAM(CO)	70% 70%	50% 30%	120% 100%		
Médicaments - Médicaments à SMR * majeur - Médicaments à SMR * modéré - Médicaments à SMR * faible	65% 30% 15%	35% 70% 85%	100% 100% 100%		
Matériel médical - Orthopédie, accessoires, appareillages... - Autres prothèses et petit appareillage non remboursés AMO	60% Néant	190% 2/3 du prix payé dans la limite de 40 €	250% 2/3 du prix payé dans la limite de 40 €	Facture nominative acquittée si règlement Plafond par facture Facture nominative acquittée + prescription médicale	
Transport	65%	35%	100%		
HOSPITALISATION					
Actes, soins, honoraires - Médecins signataires OPTAM(CO) - Médecins non signataires OPTAM(CO)	100% 100%	70% 50%	170% 150%	Bordereau facturation acquitté Bordereau facturation acquitté	
Forfait du patient	Néant	Frais réels	Frais Réels	Forfait en vigueur	
Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Forfait en vigueur - Durée illimitée	
Séjour - Frais de séjour - Chambre particulière (psychiatrie) - Chambre particulière (médicale et chirurgicale) - Lit accompagnant enfant moins de 12 ans	80% ou 100% Néant Néant Néant	20% ou 0% 40 € / jour 60 € / jour 60 € / jour	100% 40 € / jour 60 € / jour 60 € / jour	Durée 30 jours par an par établissement Durée 60 jours par an par établissement Durée 60 jours par an - Fournir bulletin de situation + Facture nominative acquittée	
Maternité : fécondation in vitro, péridurale		60 €	60 €	Facture nominative acquittée	
DENTAIRE					
Réforme 100 % Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé			Conforme à la réglementation en vigueur (Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019)	
Actes, soins dentaires	70%	250%	320%		
Prothèses dentaires visibles (Tarifs modérés ou libres)	70%	310%	380%		
Prothèses dentaires non visibles (Tarifs modérés ou libres)	70%	250%	320%		
Non Remboursé	Néant	878 €	878 €	Forfait annuel par bénéficiaire - Facture nominative acquittée	
Orthodontie	70%	250%	320%		
OPTIQUE					
Réforme 100 % Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé			Conforme à la réglementation en vigueur (Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019)	
Monture + verres (Classe B)	VOIR ANNEXE				
Lentilles acceptées par l'AMO	60%	40%	100%		
	VOIR CONDITION ATTRIBUTION EN ANNEXE			Forfait semestriel par bénéficiaire	
Forfait Lentilles refusées ou acceptées par l'AMO	Néant	275 €	275 €	Facture nominative acquittée + prescription médicale	
Traitement par laser de la myopie, hypermétropie, astigmatie	Néant	305 €	305 €	Forfait par œil	
AIDES AUDITIVES					
Réforme 100 % Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé			Conforme à la réglementation en vigueur (Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019)	
Prothèse auditive personnes de moins de 20 ans	60%	200%	260%	Par appareil - Plafond sécurité sociale + Mutuelle : 1700 €	
Prothèse auditive pour les personnes au-delà de leur 20^{ème} anniversaire	60%	200%	260%	Par appareil	
PREVENTION - CONFORT					
Cures thermales - Forfait (Honoraires, Transport, Hébergement accepté ou refusé par l'AMO)		400 €	AMO + 400 €	Forfait par bénéficiaire dans la limite de la dépense - Factures nominatives acquittées	
Médecines complémentaires - Ostéopathes, étiopathes, chiropracteurs, diététiciens, podologues, psychologues, acupuncteurs - Bilan neuropsychologique	Néant Néant	120 € 200 €	120 € 200 €	Forfait annuel par bénéficiaire - Facture nominative acquittée Jusqu'à 12 ans - Facture nominative acquittée - Forfait annuel dans la limite de la dépense	
Injections intra articulaires non remboursées par l'AMO	Néant	80 €	80 €	Forfait annuel par bénéficiaire dans la limite de la dépense Facture nominative acquittée + prescription médicale	
Produits incontinences	Néant	1/3 du prix payé dans la limite de 25 €	1/3 du prix payé dans la limite de 25 €	Forfait par facture et par bénéficiaire Facture nominative acquittée + prescription médicale	
PRESTATIONS DIVERSES					
Naissance	Néant	310 €	310 €	Fournir extrait d'acte de naissance	
Naissance gémellaire	Néant	465 €	465 €		
Naissance triplée et plus	Néant	542,50 €	542,50 €		
Indemnité Funéraire	Néant	600 €	600 €	Fournir bulletin de décès + justificatifs selon situation	
ASSISTANCE					
Sous certaines conditions					

Page 6

OPTIQUE CHROME

1 équipement tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Forfait incluant le Ticket Modérateur.

MONTURE			100 €
Critère A	Verre simple foyer :	- 6,00 dioptries < sphère > +6,00 dioptries ;	140 €
		- 6,00 dioptries < sphère > 0 dioptries cylindre ≤ +4,00 dioptries ;	
		- Sphère positive et somme S (sphère + cylindre) ≤ 6,00 dioptries.	
Critère C	Verre simple foyer :	- Sphère hors zone de 6,00 à +6,00 dioptries ;	225 €
		- 6,00 dioptries < sphère > 0 dioptrie et cylindre ≥ +4,00 dioptries ;	
		- Sphère < -6,00 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie ;	
		- Sphère positive et somme S (sphère + cylindre) > 6,00 dioptries ;	
	Verre multifocal ou progressif :	- Sphère hors zone de 4,00 à +4,00 dioptries ;	
		- 8,00 dioptries < sphère > 0 dioptrie et cylindre ≤ +4,00 dioptries ;	
		- Sphère positive et somme S (sphère + cylindre) ≤ 8,00 dioptries.	
Critère F	Verre multifocal ou progressif :	- Sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;	245 €
		- 8,00 dioptries < sphère > 0 dioptrie et cylindre ≥ +4,00 dioptries ;	
		- Sphère < -8,00 dioptries et cylindre ≤ 0,25 dioptrie ;	
		- Sphère positive et somme S (sphère + cylindre) > 8,00 dioptries.	

Ces garanties sont applicables aux frais engendrés pour l’acquisition d’un équipement optique comportant une monture et deux verres par période de deux ans. Cette périodicité de prise en charge ne s’applique pas notamment aux cas suivants où un renouvellement anticipé est prévu :

- Pour les enfants de moins de 16 ans
- S’il y a évolution de la vue (selon législation en vigueur).

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 critère C+C.

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

En cas de changement de législation ou de 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.

LENTILLES AGREES OU NON AGREES SECURITE SOCIALE

Le forfait lentilles est fixé pour une durée semestrielle. A compter du 1er Janvier 2022, la période s’apprécie à la date d’achat. Les factures doivent obligatoirement être détaillées et mentionner le conditionnement (maximum délivré pour 6 mois).

Page 7	EXEMPLES	PRIX MOYEN PRATIQUE / TARIF REGLEMENTÉ	REMBOURSEMENTS			RESTE A CHARGE	COMMENTAIRES
			AMO	CHROME	TOTAL		
SOINS COURANTS							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	24,00 €	1,00 €	Tarif conventionnel Le reste à charge comprend 1 € de la participation forfaitaire (à charge de l'assuré - article L322-2 code de la sécurité sociale)	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	29,00 €	1,00 €	Tarif conventionnel Le reste à charge comprend 1 € de la participation forfaitaire (à charge de l'assuré - article L322-2 code de la sécurité sociale)	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : OPTAM ou OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	21,00 €	41,00 €	3,00 €	Prix moyen national de l'acte Le reste à charge comprend 1 € de la participation forfaitaire (à charge de l'assuré - article L322-2 code de la sécurité sociale)	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : OPTAM ou OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	11,50 €	26,60 €	29,40 €	Prix moyen national de l'acte Le reste à charge comprend 1 € de la participation forfaitaire (à charge de l'assuré - article L322-2 code de la sécurité social)	
HOSPITALISATION							
Forfait Journalier Hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	Frais Réels	Frais Réels	0 €	Forfait journalier : durée illimitée	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération de la cataracte	355,00 €	271,70 €	83,30 €	355,00 €	0 €	Prix moyen national de l'acte pour un œil	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : OPTAM ou OPTAM-CO pour une opération de la cataracte	431,00 €	271,70 €	135,85 €	407,55 €	23,45 €	Prix moyen national de l'acte pour un œil	
DENTAIRE							
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	28,92 €	0 €	Tarif Conventionnel	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100 % santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	500,00 €	0 €	Honoraire limite de facturation	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmees prémolaires	538,70 €	84,00 €	300,00 €	384,00 €	154,70 €	Prix moyen national de l'acte - (Dent non visible)	
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	268,75 €	344,00 €	194,70 €	Prix moyen national de l'acte - (Dent non visible)	
OPTIQUE							
Equipement optique Classe A (Monture +verres) de verres unifocaux (équipement 100 %)	Monture : 30 € Verres : 95 €	5,40 € 13,50 €	24,60 € 81,50 €	30,00 € 95,00 €	0 € 0 €	Prix limite de vente	
Equipement optique Classe B (Monture + verres) de verres unifocaux	Monture : 145 € Verres : 200 €	0,03 € 0,06 €	100,00 € 199,94 €	100,03 € 200,00 €	44,97 € 0 €	Prix moyen national de l'acte	
AIDES AUDITIVES							
Aide auditive de Classe I par oreille (équipement 100 % santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	950,00 €	0 €	Prix limite de vente	
Aide auditive de Classe II par oreille	1 476,00 €	240,00 €	800,00 €	1040,00 €	436,00 €	Prix moyen national de l'acte - équipement pour les personnes de plus de 20 ans	