

Mutuelle 341 Garantie Santé

Turquoise

Labellisée

- Pas de questionnaire médical
- Pas de délai de stage
- 100% Santé tel que défini réglementairement
- Pas de limite d'âge
- Cotisation individuelle et familiale

Sommaire :

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



DISPOSITIONS GENERALES

ADHESION :

L'adhésion au présent règlement est réservée à toute personne affiliée au régime général de la Sécurité Sociale :

- Agent salarié ou retraité d'une collectivité locale ou assimilée
- Les ayants droit des membres participants.

L'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle.

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

Pour bénéficier du contrat, le membre participant doit remplir et signer un bulletin d'adhésion.

Le membre participant indique, sur le bulletin d'adhésion, la garantie choisie parmi celles qui lui sont proposées et les personnes garanties.

L'adhérent devra fournir, au moment de son adhésion, l'attestation de non majoration émise par son précédent assureur ou un certificat d'adhésion mentionnant son coefficient de majoration émis par son précédent assureur.

Cet enregistrement donne lieu à l'émission d'une carte mutualiste.

BÉNÉFICIAIRES :

Peuvent adhérer à la Mutuelle 341 :

- L'agent actif ou retraité
- Le conjoint, le concubin, pacsé ou bénéficiaire d'une attestation sur l'honneur d'une vie maritale
- Les enfants jusqu'à 16 ans
- Les enfants âgés de 17 à 28 ans, scolarisés, sous réserve d'un justificatif de scolarité
- Les enfants inscrits à Pôle Emploi comme primo demandeur d'emploi sous réserve de la présentation d'une attestation de Pôle Emploi de non indemnisation
- Les enfants sans limite d'âge, s'ils sont titulaires d'une carte d'invalidité prévue à l'Article 173 du Code de la Famille ou de l'Aide Sociale

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).

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).

Dès résiliation de son contrat, la Mutuelle 341 adressera à l'adhérent son attestation indiquant le coefficient de majoration ou de non majoration.

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).

CONTRATS LABELLISES :

Les contrats labellisés ont fait l'objet d'une labellisation pour une période de trois ans renouvelable par l'un des prestataires habilités par l'ACPR et figurent sur la liste publiée par le Ministre chargé des collectivités territoriales, liste sur laquelle sont indiqués le nom de la Mutuelle, la dénomination du contrat, la date de délivrance du label et le nom du prestataire qui a délivré le label.

COTISATIONS :

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'adhérent, aucune information médicale ne sera recueillie à cette fin.

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction du sexe de l'adhérent, ni de la nature de l'emploi qu'il occupe.

Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les actifs.

Les tarifs applicables aux familles nombreuses n'excèdent pas ceux comprenant trois enfants. Les cotisations sont payables selon les modalités choisies par l'adhérent et figurant sur son bulletin d'adhésion.

Majoration de cotisations :

Pour toute personne âgée de plus de 30 ans, en fonction du contrat choisi, une majoration de 2% par année non cotisée à un contrat ou règlement labellisé est appliquée si : l'adhésion à un contrat labellisé est postérieure de deux ans à l'entrée dans la fonction publique pour les nouveaux agents.

L'adhésion à un contrat labellisé intervient à compter de la 2^{ème} année suivant la publication de la première liste des contrats et règlements labellisés pour les retraités et les agents déjà en fonction à la publication du décret (2011-1474 du 08 Novembre 2011).

La majoration de cotisation ne sera pas appliquée pour tout actif ou retraité qui adhérerait déjà à un règlement ou à un contrat pour lequel un label est délivré dans un délai d'un an suivant la publication de la liste des contrats ou règlements labellisés.

Majoration de cotisations en cas d'adhésion tardive :

La cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique, ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret 2011-1474 du 8 Novembre 2011, intervient plus de deux ans après le 10 novembre 2011 (date de publication du décret du 08 novembre 2011) soit après le 10 novembre 2013.

Révision de la cotisation :

Après validation de l'organisme habilité, la cotisation est susceptible d'être modifiée. L'adhérent en sera informé et pourra exercer son droit à la résiliation.

Non paiement de la cotisation :

Le non paiement de la cotisation entrainera une suspension de remboursement.

Lors de non paiements récurrents, la Mutuelle se verra dans l'obligation de résilier l'adhérent, après recouvrement des sommes dues (cotisations et frais de poursuites) conformément à l'article L221-7 du Code de la Mutualité.

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 DE LA GARANTIE

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).

DISPOSITIONS GENERALES (suite)

- 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 (RAC0), a pour objectif de réduire le reste à charge sur certains postes.

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.

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

Pour rester en conformité avec le 100% santé, certaines prestations peuvent être susceptibles d'évoluer.

ASSISTANCE

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

- Etre 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 bénéficierez 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, 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.
- Maternité ou adoption : pour bénéficier de la prime, le bulletin de naissance ou d'adoption doit impérativement nous parvenir dans le mois qui suit la naissance.
- Décès : bulletin de décès et justificatifs selon situation.

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

Pour chaque enfant âgé de 17 à 28 ans, vous devez fournir un justificatif de scolarité, contrat d'apprentissage, etc...

Tous vos courriers doivent être adressés à la Mutuelle.

Tout changement de situation (familiale, adresse, compte bancaire, Sécurité Sociale, emploi, départ en retraite...) doit être signalé par un justificatif dans les plus brefs délais à la Mutuelle 341.

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 2022 est de 105,00 %.

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 9,59 %.

Page 4	PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			COMMENTAIRES
		AMO* dans le parcours de santé	TURQUOISE	AMO + TURQUOISE	
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
- Consultations et visites généralistes signataires OPTAM(CO)	70%	30%	100%		
- Consultations et visites généralistes non signataires OPTAM(CO)	70%	30%	100%		
- Consultations et visites spécialistes signataires OPTAM(CO)	70%	30%	100%		
- Consultations et visites spécialistes non signataires OPTAM(CO)	70%	30%	100%		
Honoraires paramédicaux					
- Auxiliaires médicaux	60%	40%	100%		
Analyses, examen de laboratoire					
	60%	40%	100%		
Actes d'imagerie					
- Médecins signataires OPTAM(CO)	70%	30%	100%		
- Médecins non signataires OPTAM(CO)	70%	30%	100%		
Actes techniques et de chirurgie					
- Médecins signataires OPTAM(CO)	70%	50%	120%		
- Médecins non signataires OPTAM(CO)	70%	30%	100%		
Médicaments					
- Médicaments à SMR * majeur	65%	35%	100%		
- Médicaments à SMR * modéré	30%	70%	100%		
- Médicaments à SMR * faible	15%	85%	100%		
Matériel médical					
- Orthopédie, accessoires, appareillages...	60%	70%	130%		Facture nominative acquittée
- Prothèses capillaires (suite traitement chimiothérapie)	100%	250 €	100% + 250 €		Plafond par facture - Facture nominative acquittée + prescription médicale
- Implants Mammaires (Cancer du sein, mastectomie)	100%	250 €	100% + 250 €		Facture nominative acquittée
Transport					
	55%	45%	100%		
HOSPITALISATION					
Actes, soins, honoraires					
- Médecins signataires OPTAM(CO)	100%	40%	140%		Bordereau facturation acquitté
- Médecins non signataires OPTAM(CO)	100%	20%	120%		Bordereau facturation acquitté
Forfait du patient (Y compris FPU - FPV...)					
	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	80% ou 100%	20% ou 0%	100%		
- Chambre Ambulatoire	Néant	15 €	15 €		
- Chambre particulière (psychiatrie)	Néant	20 € / jour	20 € / jour		Durée 25 jours par an
- Chambre particulière (médicale et chirurgicale)	Néant	45 € / jour	45 € / jour		Durée 60 jours par an
- Chambre particulière (convalescence)	Néant	30 € / jour	30 € / jour		Durée 45 jours par an
- Lit accompagnant enfant moins de 12 ans	Néant	45 € / jour	45 € / jour		Durée 60 jours par an - Fournir bulletin de situation + Facture acquittée
Maternité : fécondation in vitro, péridurale					
	Néant	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					
	60%	170%	230%		
Prothèses dentaires visibles (Tarifs modérés ou libres)					
	60%	180%	240%		
Prothèses dentaires non visibles (Tarifs modérés ou libres)					
	60%	160%	220%		
Implants					
	Néant	250 €	250 €		Forfait annuel par bénéficiaire - Facture nominative acquittée
Prothèses Refusées par l'AMO, Couronnes sur implant					
	Néant	50 €	50 €		Forfait annuel par bénéficiaire - Facture nominative acquittée
Non Remboursé					
	Néant	150 €	150 €		Forfait annuel par bénéficiaire - Facture nominative acquittée
Orthodontie					
	70%	200%	270%		
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)					
Lentilles acceptées par l'AMO					
	60%	40%	100%		
VOIR ANNEXE					
VOIR CONDITION ATTRIBUTION EN ANNEXE					
Forfait Lentilles refusées ou acceptées par l'AMO					
	Néant	50 €	50 €		Forfait semestriel par bénéficiaire Facture nominative acquittée + prescription médicale
Traitement par laser de la myopie, hypermétropie, astigmatie					
	Néant	150 €	150 €		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%	40%	100%		
Forfait prothèse auditive personnes moins de 20 ans					
		140 €	140 €		Par appareil - Plafond Sécurité Sociale + Mutuelle 1 700 €
Prothèse auditive pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire					
	60%	40%	100%		
Forfait prothèse auditive pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire					
		140 €	140 €		Par appareil
PREVENTION - CONFORT					
Cures thermales					
Honoraires et Transports acceptés par l'AMO Hébergement accepté ou refusé par l'AMO		250 €	AMO + 250 €		Forfait par bénéficiaire dans la limite de la dépense Factures nominatives acquittées - si cure interrompue, règlement proportionnel
Médecines complémentaires					
- Ostéopathes, étioopathes, chiropracteurs, diététiciens, podologues, psychologues, acupuncteurs	Néant	90 €	90 €		Forfait annuel par bénéficiaire
- Bilan neuropsychologique	Néant	200 €	200 €		Jusqu'à 12 ans - Facture nominative acquittée - Forfait annuel dans la limite de la dépense
PRESTATIONS DIVERSES					
Naissance					
	Néant	150 €	150 €		
Naissance gémellaire					
	Néant	225 €	225 €		Fournir extrait d'acte de naissance
Naissance triplée et plus					
	Néant	262,50 €	262,50 €		
Indemnité Funéraire					
	Néant	600 €	600 €		Fournir bulletin de décès + justificatifs selon situation
ASSISTANCE					
Sous certaines conditions					

EXEMPLE DE REMBOURSEMENT TURQUOISE (1)

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait Journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre Particulière Médicale - Chirurgicale (sur demande du patient)	Non Connu (NC)	Non Remboursé	Non Remboursé	Dans la limite de 45 €/jour Durée 60 jours/an	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
l'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24,00 €	24,00 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0 €
Honoraires Médecins adhérents OPTAM ou OPTAM CO	Dépassements Maitrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	108,68 €	41,62 €
Honoraires Médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM CO)	Honoraires Libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	54,34 €	136,96 €
Séjours sans acte lourd					
l'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 %	20 %	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,00 €	668,87 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1,00 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM CO	Dépassements Maitrisés	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	15,50 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	21,50 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM CO)	Honoraires Libres	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	41,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	43,00 €
Matériel Médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0 €
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de Facturation	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0 €
Soins (Hors 100 % Santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (Hors 100 % Santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	192,00 €	290,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	117,50 €
OPTIQUE					
Equipement 100% Santé	Prix Limite de Vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV (4)	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30,00 € (monture)	12,75 € par verre + 9,00 € monture	7,65 € par verre + 5,40 € monture	34,85 € par verre + 24,60 € monture	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	90,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	27,00 € par verre + 9,00 € monture	16,20 € par verre + 5,40 € monture	73,80 € par verre + 24,60 € monture	0 €
Equipement (Hors 100% Santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : Verres simples et monture	107,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	55,00 € par verre + 75,00 € monture	170,91 €
Ex : Verres progressifs et monture	239,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	140,00 € par verre + 75,00 € monture	264,91 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon Contrat
Forfait Annuel	NC	Non Remboursé (dans le cas général)	Non Remboursé (dans le cas général)	100,00 € 50,00 €/semestre	Selon Contrat
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon Contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	300,00 € (150,00 €/œil)	Selon Contrat
AIDES AUDITIVES					
Equipement 100% Santé	Prix Limite de Vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0 €
Equipement (Hors 100% Santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	300,00 €	1025,00 €

- Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
- Les contrats sont dits **"responsables"** quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance maladie complémentaire santé.
- La BR est un tarif de "référence" fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
- Prix Limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garanties. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance maladie complémentaire santé édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

OPTIQUE TURQUOISE

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	75 €
Critère A Verre simple foyer : <ul style="list-style-type: none">- 6,00 dioptries < sphère > +6,00 dioptries ;- 6,00 dioptries < sphère > 0 dioptries cylindre ≤ +4,00 dioptries ;- Sphère positive et somme S (sphère + cylindre) ≤ 6,00 dioptries.	55 €
Critère C Verre simple foyer : <ul style="list-style-type: none">- Sphère hors zone de 6,00 à +6,00 dioptries ;- 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 : <ul style="list-style-type: none">- 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.	140 €
Critère F Verre multifocal ou progressif : <ul style="list-style-type: none">- Sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;- 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.	160 €

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.

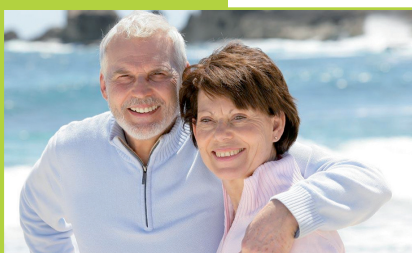
Dans le cas de 2 équipements (vision de loin et vision de près), le remboursement s'effectue sur la base d'un critère C+C.

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 1^{er} 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).



Informations Pratiques...

● **MUTUELLE 341**

2 rue de la Liberté

71130 GUEUGNON

Tél : 03 85 84 42 87 - Fax : 03 85 84 42 81

Email : contact@mutuelle341.com

● **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**