

Mutuelle 341-Bourgogne Sud Garantie Santé

Chrome

Ouverte à tous

- Pas de questionnaire médical
- Pas de délai de stage
- Pas de limite d'âge
- 100% Santé tel que défini réglementairement
- Gratuité à partir du 3^{ème} enfant
- Gratuité du nouveau-né pendant 1 an

Sommaire :

- Page 2 - 3 - Dispositions Générales
- Page 4 - 5 - Tableau prestations
- Page 6 - Tableau remboursements optique
- Page 7 - Exemples
- Page 8 - Informations Pratiques

***Tous nos
contrats sont
responsables***



DISPOSITIONS GENERALES

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-Bourgogne Sud 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 1^{er} 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-Bourgogne Sud 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.
- Examens bucco-dentaires (EBD) pour les assurés de 3 à 24 ans.

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 à l'adhérent.

100% SANTE

Le 100 % Santé, ou reste à charge 0 (RAC 0), 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 sont susceptibles de modifications.

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

DISPOSITIONS GENERALES

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-Bourgogne Sud 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 afin de vous assurer que la télétransmission avec votre caisse est effective. Cette information est consultable sur le site de votre Sécurité sociale si vous avez créé votre compte.

Si, en changeant de domicile, vous transférez votre dossier à une autre Caisse de Sécurité sociale, 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

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
- Frais accompagnant : facture et bulletin de situation du patient (l'hospitalisé doit être adhérent à la

Mutuelle 341-Bourgogne Sud)

- Cure thermique : factures nominatives acquittées (soins, surveillance médicale...) + facture nominative hébergement
- Maternité : Bulletin de naissance
- Décès : bulletin de décès et justificatifs selon situation.

Décomptes Sécurité Sociale ou refus de prise en charge, de moins de 24 mois lors d'une demande expresse de la Mutuelle.

La Mutuelle 341-Bourgogne Sud 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 17 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 2024 est de 84,36 %.

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 9,95 %.

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 ; - 6,00 dioptries < sphère > 0 dioptries cylindre ≤ +4,00 dioptries ; - Sphère positive et somme S (sphère + cylindre) ≤ 6,00 dioptries.	140 €
Critère C Verre simple foyer : - 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 : - 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.	225 €
Critère F 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 < -8,00 dioptries et cylindre ≤ 0,25 dioptrie ; - Sphère positive et somme S (sphère + cylindre) > 8,00 dioptries.	245 €

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 annuelle (par période de 12 mois). Les factures doivent obligatoirement être détaillées et mentionner le conditionnement (**maximum délivré pour 1 an**).

CONTRAT RESPONSABLE

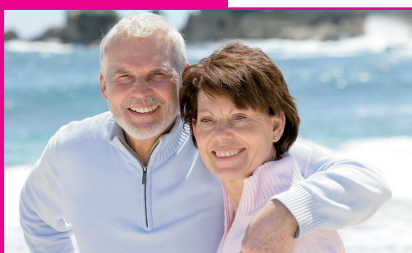
PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			COMMENTAIRES
	AMO* dans le parcours de santé	CHROME	AMO + CHROME	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux - Consultations et visites généralistes signataires OPTAM(CO) - Consultations et visites généralistes non signataires OPTAM(CO) - Consultations et visites spécialistes 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
Mammographie refusée par l'AMO	Néant	40 €	40 €	Plafond annuel par bénéficiaire - 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%	
Transport	55%	45%	100%	
MATERIEL MEDICAL				
Réforme 100 % Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé			Conforme à la réglementation en vigueur
- Orthopédie, accessoires, appareillages...	60%	190%	250%	Facture nominative acquittée
- Autres prothèses et petit appareillage non remboursés AMO	Néant	2/3 du prix payé dans la limite de 40 €	2/3 du prix payé dans la limite de 40 €	Plafond par facture Facture nominative acquittée + prescription médicale
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 participation 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 - Chambre particulière Ambulatoire - Chambre particulière (psychiatrie) - Chambre particulière (médicale et chirurgicale) - Chambre particulière (rééducation, convalescence) - Frais accompagnant enfant moins de 12 ans	80% ou 100% Néant Néant Néant Néant Néant	20% ou 0% Néant 40 € / jour 60 € / jour 50 € / jour 60 € / jour	100% 20 € 40 € / jour 60 € / jour 50 € / jour 60 € / jour	Durée 30 jours par an Durée 60 jours par an Durée 45 jours par an 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
Actes, soins dentaires, EBD	60%	250%	310%	
Prothèses dentaires visibles (Tarifs modérés ou libres)	60%	300%	360%	
Prothèses dentaires non visibles (Tarifs modérés ou libres)	60%	240%	300%	
Implant	Néant	425 €	425 €	Forfait annuel par bénéficiaire - Facture nominative acquittée
Non Remboursé	Néant	425 €	425 €	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
Monture + verres (Classe B)	VOIR ANNEXE			
Lentilles acceptées par l'AMO	60%	40%	100%	
	VOIR CONDITION ATTRIBUTION EN ANNEXE			Par bénéficiaire par an (par période de 12 mois)
Forfait Lentilles refusées ou acceptées par l'AMO	Néant	475 €	475 €	Facture nominative acquittée + prescription médicale
Traitement par laser de la myopie, hypermétropie, astigmatie	Néant	305 €	305 €	Forfait par œil - Facture nominative acquittée
AIDES AUDITIVES				
Réforme 100 % Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé			Conforme à la réglementation en vigueur
Prothèse auditive personnes de moins de 20 ans	60%	180%	240%	Par appareil - Plafond sécurité sociale + Mutuelle : 1700 €
Prothèse auditive pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	60%	180%	240%	Par appareil
PREVENTION - CONFORT				
Cures thermales - Soins, surveillance médicale, transports, hébergement accepté par l'AMO - Complément thermal hors ALD (soins et hébergement non remboursés par l'AMO) - Complément thermal ALD (soins et hébergement non remboursés par l'AMO)	65% 400 €	35% 200 € 400 €	100% 200 € 400 €	Factures nominatives acquittées - Si cure interrompue, règlement proportionnel Hébergement : Si la facture précise plusieurs curistes, dépense divisée par bénéficiaire Forfait annuel par bénéficiaire dans la limite de la dépense
Médecines complémentaires - Ostéopathes, étioopathes, chiropracteurs, diététiciens, podologues, psychologues, acupuncteurs, réflexologie plantaire	Néant	120 €	120 €	Forfait annuel par bénéficiaire - Facture nominative acquittée
Bilan neuropsychologue, ergothérapie (si psychologue)	Néant	200 €	200 €	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 bénéficiaire Facture nominative acquittée + prescription médicale
PRESTATIONS DIVERSES				
Naissance	Néant	310 €	310 €	
Naissance gémellaire	Néant	465 €	465 €	Fournir extrait d'acte de naissance
Naissance triplée et plus	Néant	542,50 €	542,50 €	
Indemnité Funéraire	Néant	600 €	600 €	Fournir bulletin de décès + justificatifs selon situation

EXEMPLE DE REMBOURSEMENT CHROME (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 €	20,00 € (15,00 €)	0 €
Chambre Particulière Médicale - Chirurgicale (sur demande du patient)	Non Connu (NC)	Non Remboursé	Non Remboursé	Dans la limite de 60 €/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					
<i>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</i>					
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 Maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0 €
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 €	135,85 €	55,45 €
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					
<i>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</i>					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 %	20 %	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	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 Maîtrisés	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 €	23,45 €	2,10 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc....)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	22,05 €	8,90 €
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 €	11,50 €	36,40 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc....)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	11,50 €	38,40 €
MATERIEL MEDICAL					
Matériel Médical 100% santé	Honoraire limite de Facturation	BR	60 % BR	40% BR + dépassement dans la limite du PLV (4)	0 €
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 (HBDL634)	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 €	288,00 €	194,00 €
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 €	483,75 €	20,75 €
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	106,97 € par verre + 100,00 € monture	41,97 €
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	225,00 € par verre + 100,00 € monture	69,91 €
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)	475,00 €/an	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	610,00 € (305,00 €/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 €	720,00 €	605,00 €

- 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 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 complémentaire santé édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).



Informations Pratiques...

● **MUTUELLE 341-Bourgogne Sud**

2 rue de la Liberté

71130 GUEUGNON

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

Email : contact@mutuelle341.com

● **HORAIRES BUREAUX**

Lundi à Jeudi :

de 8 h à 12 h et 13 h 15 à 17 h

Vendredi (matin) :

de 8 h à 12 h

Nous sommes joignables aux heures d'ouverture des bureaux

● **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 MUTUALITÉ
IMMATRICULÉE SOUS LE NUMERO
SIREN 778 588 111**