

Mutuelle 341-Bourgogne Sud Garantie Santé

Saphir

- 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 - 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 :

Les garanties « frais médicaux » sont mises en place pour l'ensemble des salariés.

Elles sont composées d'un régime obligatoire auquel tous les salariés adhèrent.

Les garanties « frais médicaux » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants-droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

BÉNÉFICIAIRES :

Les bénéficiaires des prestations sont les membres participants et, le cas échéant, leurs ayants-droit figurant sur le bulletin d'affiliation.

Les ayants-droit sont les personnes rattachées au membre participant au titre du régime général de la Sécurité Sociale Française. Peuvent être concernés le conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS), les enfants à charge et les ascendants à charge ainsi que les bénéficiaires au sens de l'Article L161-14 du code de la Sécurité Sociale.

MAINTIEN DES GARANTIES :

Suspension du Contrat de Travail

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées en partie par l'employeur, à l'exception du congé paternité ou maternité où les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions qu'un salarié actif.

Dans une telle hypothèse, l'employeur verse la même contribution que les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Accord National Interprofessionnel

L'Article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 Janvier 2008, modifié par la loi du 14 Juin 2013, a institué un dispositif de « portabilité » permettant aux anciens salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien au régime Frais de Santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage (à l'exception du licenciement pour faute lourde).

L'Article L911-8 du code de la Sécurité Sociale concerne l'ensemble des employeurs ayant mis en place un contrat collectif de frais de santé ou de prévoyance complémentaire au bénéfice de leurs salariés. Cette portabilité mutualisée et gratuite est applicable à compter du 1^{er} Juin 2014.

L'Article L911-8 du code de la Sécurité Sociale modifie également les conditions de mise en œuvre de ce dispositif et les obligations de chaque employeur.

Durée de la portabilité

Le point de départ du maintien des garanties est la date de cessation du contrat de travail. Elle est égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur avec un plafond de 12 mois.

Le membre participant devra faire parvenir à la Mutuelle 341-Bourgogne Sud les justificatifs d'indemnisation de France Travail et renouveler cet envoi chaque trimestre durant la période de maintien des garanties. Faute de recevoir ce document, la portabilité cessera immédiatement.

Fin de portabilité

Le maintien de la couverture cesse :

- A l'expiration de la période de maintien de droits
- En cas de reprise d'un nouvel emploi.

La Mutuelle 341-Bourgogne Sud se réserve le droit, pour toute demande de prestation, de demander tout justificatif d'affiliation et de perception des

allocations de retour à l'emploi. En cas de constatation de l'absence ou de perte de la qualité de ressortissant de l'assurance chômage, la Mutuelle 341-Bourgogne Sud sera fondée à refuser le versement de la prestation demandée. Si des prestations ont déjà été versées, elle pourra en demander le remboursement.

Financement

Ce maintien des garanties est gratuit pour l'ex-salarié. Le coût des prestations de la portabilité sera supporté par les salariés en activité. Les prestations versées au titre de la portabilité impacteront directement le compte de résultat du contrat.

Lorsque la Mutuelle 341-Bourgogne Sud sera informée par l'employeur du départ d'un salarié, elle contactera l'ex-salarié dont le contrat de travail est rompu pour l'informer de ses droits relatifs à la portabilité.

LOI EVIN :

Objet : détermination des tarifs des contrats d'assurance applicables aux personnes visées par l'Article 4 de la loi du 31 Décembre 1989.

Entrée en vigueur : le décret 2017-372 du 21 Mars 2017 entre en vigueur au titre des contrats souscrits ou des adhésions intervenues à compter du 1^{er} Juillet 2017.

Notice : l'Article 4 de la loi du 31 Décembre 1989 impose aux organismes assureurs d'organiser les modalités de maintien de la complémentaire santé, afin de permettre aux anciens salariés bénéficiaires d'une garantie collective de conserver leur couverture complémentaire à un tarif encadré. L'article 1^{er} du décret du 30 Août 1990 prévoyait que les tarifs, ne pouvaient être supérieurs de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. Le présent décret modifie cette tarification en organisant un plafonnement progressif des tarifs, échelonné sur trois ans. La première année qui fait suite à la sortie du contrat d'assurance collectif, il est prévu que les tarifs restent identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. La deuxième année, il est prévu que ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. La troisième année qui suit la sortie du contrat d'assurance collectif, ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Le maintien des garanties complémentaires santé au profit des ayants-droit

Si un salarié vient à décéder, le même article 4 de la loi Evin prévoit que ses ayants-droit garantis par la couverture complémentaire santé d'entreprise peuvent demander le maintien de cette couverture, pendant une durée de douze mois à compter du décès. Ils doivent en faire la demande dans les six mois suivant le décès.

L'employeur a l'obligation d'informer l'organisme assureur. Celui-ci doit adresser aux ayants-droit la proposition de maintien de la couverture dans le délai de deux mois à compter du décès du salarié. Ce maintien bénéficie du plafonnement du tarif fixé par la réglementation.

Hormis ce cas de décès du salarié, la loi ne prévoit aucune obligation de maintien des garanties santé entreprise au profit des ayants-droit du salarié, lorsque ce dernier quitte l'entreprise pour prendre sa retraite, ou percevoir une rente d'incapacité, d'invalidité ou des allocations chômage.

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-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.

DISPOSITIONS GENERALES (suite)

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 (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 sont susceptibles de modifications.

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-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 thermale : factures nominatives acquittées (soins, surveillance médicale...) + facture nominative hébergement
- 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.

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.

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-Bourgogne Sud.

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 %.

CONTRAT RESPONSABLE

PRESTATIONS		REMBOURSEMENTS			COMMENTAIRES
	AMO* dans le parcours de santé	SAPHIR	AMO + SAPHIR		
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
- Consultations et visites généralistes signataires OPTAM(CO)	70%	70%	140%		
- Consultations et visites généralistes non signataires OPTAM(CO)	70%	50%	120%		
- Consultations et visites spécialistes signataires OPTAM(CO)	70%	80%	150%		
- Consultations et visites spécialistes non signataires OPTAM(CO)	70%	60%	130%		
Honoraires paramédicaux					
- Auxiliaires médicaux	60%	80%	140%		
Biologie					
- Analyses, examen de laboratoire	60%	80%	140%		
- Analyses, examens de laboratoire non remboursés par l'AMO	Néant	2/3 du prix payé dans la limite de 25 €	2/3 du prix payé dans la limite de 25 €		Plafond par acte - Facture nominative acquittée
Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO	Néant	30 €	30 €		Plafond annuel par bénéficiaire - 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)	70%	70%	140%		
- Médecins non signataires OPTAM(CO)	70%	50%	120%		
Actes techniques et de chirurgie					
- Médecins signataires OPTAM(CO)	70%	80%	150%		
- Médecins non signataires OPTAM(CO)	70%	60%	130%		
Médicaments					
- Médicaments à SMR * majeur	65%	35%	100%		
- Médicaments à SMR * modéré	30%	70%	100%		
- Médicaments à SMR * faible	15%	85%	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%	140%	200%	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	
- Prothèses capillaires (suite traitement chimiothérapie)	100 %	400 €	100 % + 400 €	Plafond par facture - Facture nominative acquittée	
- Implants mammaires (cancer du sein, mastectomie)	100 %	400 €	100 % + 400 €	Plafond par facture - Facture nominative acquittée	
HOSPITALISATION					
Actes, soins, honoraires					
- Médecins signataires OPTAM(CO)	100%	100%	200%	Bordereau facturation acquitté	
- Médecins non signataires OPTAM(CO)	100%	80%	180%	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	80% ou 100%	20% ou 0%	100%		
- Chambre particulière Ambulatoire	Néant	45 €	45 €		
- Chambre particulière (psychiatrie)	Néant	75 € / jour	75 € / jour	Durée 60 jours par an	
- Chambre particulière (médicale et chirurgicale)	Néant	75 € / jour	75 € / jour	Durée illimitée	
- Chambre particulière (rééducation, convalescence)	Néant	65 € / jour	65 € / jour	Durée 75 jours par an	
- Frais accompagnant enfant moins de 12 ans	Néant	75 € / jour	75 € / jour	Durée illimitee - 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%	340%	400%		
Prothèses dentaires non visibles (Tarifs modérés ou libres)	60%	280%	340%		
Implant, pilier implantaire	Néant	500 €	500 €	Forfait annuel par bénéficiaire - Facture nominative acquittée	
Prothèses refusées par l'AMO, couronnes sur implant	Néant	200 €	200 €	Forfait annuel par bénéficiaire - Facture nominative acquittée	
Non Remboursé	Néant	300 €	300 €	Forfait annuel par bénéficiaire - Facture nominative acquittée	
Parodontologie refusée par l'AMO	Néant	100 €	100 €	Forfait annuel par bénéficiaire - Facture nominative acquittée	
Orthodontie	70%	280%	350%		
Orthodontie refusée par l'AMO	Néant	250 €	250 €	Forfait par semestre et par bénéficiaire	
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				
Forfait Lentilles refusées ou acceptées par l'AMO	Néant	250 €	250 €	Par bénéficiaire et par an (par période de 12 mois) Facture nominative acquittée + prescription médicale	
Traitement par laser de la myopie, hypermétropie, astigmatie	Néant	450 €	450 €	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%	40%	100%	Par appareil - Plafond sécurité sociale + Mutuelle : 1700 €	
Forfait prothèse auditive personnes moins de 20 ans		300 €	300 €		
Prothèse auditive pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	60%	40%	100%	Par appareil	
Forfait prothèse auditive pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire		500 €	500 €		
PREVENTION - CONFORT					
Cures thermales					
- Soins, surveillance médicale, transports, hébergement accepté par l'AMO	65%	35%	100%	Factures nominatives acquittées - Si cure interrompue, règlement proportionnel	
- Complément thermal hors ALD (soins et hébergement non remboursés par l'AMO)		200 €	200 €		
- Complément thermal ALD (soins et hébergement non remboursés par l'AMO)		400 €	400 €	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	180 €	180 €	Forfait annuel par bénéficiaire - Facture nominative acquittée	
Bilan neuropsychologique, 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	
Pilule contraceptive, homéopathie, vaccin	Néant	100 €	100 €	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	200 €	200 €		
Naissance gémellaire	Néant	300 €	300 €	Fournir extrait d'acte de naissance	
Naissance triplée et plus	Néant	350 €	350 €		
Indemnité Funéraire	Néant	600 €	600 €	Fournir bulletin de décès + justificatifs selon situation	

OPTIQUE SAPHIR

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**).

EXEMPLE DE REMBOURSEMENT SAPHIR (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 75 €/jour Durée illimitée	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 €	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 €	191,30 €	0 €
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 €	2 675,50 €	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 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 €	25,55 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc....)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	25,20 €	5,75 €
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 €	13,80 €	34,10 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc....)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	13,80 €	36,10 €
MATERIEL MEDICAL					
Matériel Médical 100% santé	Hongraire 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 €	336,00 €	146,00 €
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 €	504,50 €	0 €
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)	250,00 €/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	900,00 € (450,00 €/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 €	660,00 €	655,00 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2 : 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.

3 : 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.

4 : 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**