

Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit santé

MUTUELLE 341 BOURGOGNE SUD

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

Siren : 778 588 111

Contrat : Communal GCOM, GCOM+)

mutuelle
entreprise **3 4 1**

Ce document d'information présente un résumé des garanties minimales et exclusion du contrat. Vous trouverez toutes les informations complètes sur le produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle de votre garantie, en particulier le détail de vos remboursements.

De quel type de contrat s'agit-il ?

Exclusivement réservé aux habitants et professionnels de la commune adhérente d'un contrat avec la Mutuelle 341 Bourgogne Sud, destiné à couvrir les soins médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers dans la limite du règlement de la mutuelle et basé sur les tarifs conventionnels de la Sécurité Sociale. Chaque bénéficiaire du contrat doit souscrire à une même garantie.

Il couvre 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...).



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par la mutuelle ne peuvent excéder les dépenses engagées.

Ils sont soumis à des forfaits qui peuvent varier en fonction de la garantie choisie et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Le détail est mentionné dans le tableau de garantie.

Prise en charge minimum systématique :

- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, radiologie, actes techniques médicaux et chirurgicaux, médicaments, matériel médical (petit appareillage et accessoires, prothèses hors dentaire, fauteuil roulant), transport.
- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, forfait journalier, forfait patient, chambre particulière, dépassement d'honoraires.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses 100% (Panier 100% santé), soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Optique** : Equipements verres et montures de la Classe A – Panier 100% Santé, monture et verres (équipement de la classe B), lentilles, traitement par laser
- ✓ **Aides auditives** : Equipements 100% Santé (classe I – Panier 100% Santé) prothèses auditives de la Classe II.
- ✓ **Prévention confort** : cures thermales, ostéopathes, étioopathes, chiropracteurs, diététiciens, podologues, psychologues, acupuncteurs.
- ✓ **Assistance** : sous certaines conditions
- ✓ **Divers** : indemnité funéraire.
- ✓ **Prévention contrat responsable** : Ostéodensitométrie, détartrage annuel.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- X Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- X Les soins non remboursés par le régime obligatoire et non expressément prévus dans le détail des garanties
- X La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale dans le but d'un rajeunissement ou esthétique
- X Les dépenses relatives aux unités de longs séjours

Cette liste n'est pas exhaustive



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Les participations forfaitaires et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! Les pénalités appliquées par le RO (majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires réalisés en dehors du parcours de soins).
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou médecin exerçant en secteur 3.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Chambre particulière** : limitée en prix, en durée et suivant spécialité (chirurgie, médicale, convalescence...).
- ! **Optique** : la fréquence optique de remboursement pour un équipement est de 2 ans pour les adultes (plus de 16 ans) avec possibilité de renouvellement tous les ans en cas d'évolution de la vue et tous les ans pour les enfants moins de 16 ans, Lentilles non remboursées par le régime obligatoire, forfait suivant garantie, durée en fonction de la dernière date de facturation et conditionnement.
- ! **Aides auditives** : depuis le 01/01/2021 renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.



Où suis-je couvert ?

- ✓ France et à l'étranger
- ✓ Dans le cas de soins à l'étranger, le complément de la mutuelle s'applique sur la base du régime obligatoire. Suivant votre garantie, certains soins non couverts par la caisse primaire d'assurance maladie peuvent être pris partiellement ou totalement en charge.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat santé ou de non-garantie :

A la souscription du contrat :

- Renseigner toutes les informations inscrites sur le bulletin d'adhésion avec exactitude et le signer
- Être obligatoirement résident à la commune signataire
- Fournir les justificatifs demandés pour tous les bénéficiaires du contrat

En cours de contrat :

- Signaler à la mutuelle tout changement (déménagement ; changement de RIB, d'état civil...), fournir justificatifs nécessaires à la mise à jour du contrat. Ces modifications peuvent entraîner dans certains cas un changement de garantie et de cotisation
- Être à jour des cotisations pour percevoir les prestations
- Transmettre les factures et autres documents nécessaires selon les modalités prévues dans les dispositions générales/notice d'information

En cas de sinistre :

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de la souscription. La périodicité du règlement peut se faire mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Régler sa cotisation indiquée au contrat.

L'adhésion est conclue pour une durée initiale d'un an et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année sauf en cas de résiliation.

La couverture prend fin :

- A la date de résiliation par vos soins ou par la mutuelle dans les cas et conditions fixés au contrat
- En cas de déménagement
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la mutuelle
- En cas de dénonciation d'une des parties signataires du contrat après expiration d'un délai de 12 mois.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhérent peut résilier son contrat dans les cas et délais prévus par la réglementation et par les dispositions générales, notamment à certains moments de la vie du contrat (à échéance annuelle Loi Châtel, à tout moment après une adhésion minimum d'un an résiliation infra-annuelle) ou lors de survenance de certains événements de la vie (mutuelle obligatoire, perte de qualité d'affilié à un régime obligatoire français...).

La résiliation de votre contrat doit être notifiée par courrier auprès de la mutuelle – 2, rue de la Liberté – 71130 GUEUGNON ou support durable (mail, message depuis votre espace adhérent sur mutuelle341.com).