



CHORALIS

Mutuelle Le Libre Choix



NOTICE D'INFORMATION SALARIÉS

CCN de l'aide,
de l'accompagnement, des soins
et des services à domicile

Contrat de Santé Collectif

SOMMAIRE

Préambule

3

Votre complémentaire santé : votre adhésion

4

- Régime de base / Régime optionnel
- Affiliation de vos ayants droit
- Résiliation de votre adhésion
- Fin de la période d'affiliation d'un ayant droit
- Modification administrative

Votre complémentaire santé : les maintiens de garantie dont vous pouvez bénéficier

6

- Au titre de la Portabilité des Droits
- Au titre de la loi Evin du 31 décembre 1989 n°89-1009

Votre complémentaire santé : vos cotisations

7

- Non-paiement des cotisations par l'entreprise
- Non-paiement des cotisations par le salarié

Votre complémentaire santé : vos garanties « Frais de Santé »

8

- Comment percevoir vos prestations ?

Votre complémentaire santé : attribution des prestations :

10

- *Comment obtenir le paiement de vos prestations ?*
- *Quelles dates sont retenues pour l'évaluation des droits ?*

Votre complémentaire santé : pour aller plus loin

15

Votre complémentaire santé : les services d'assistance

17

Votre complémentaire santé : vos services en ligne

17

Lexique

20

PRÉAMBULE

Madame, Monsieur,

*Votre employeur a adhéré à un contrat collectif d'entreprise auprès de la **Mutuelle Le Libre Choix** afin de garantir ses salariés. La présente notice d'information a pour objet de vous présenter les dispositions générales du contrat « Frais soins de santé » auquel vous êtes affilié(e).*

Vos garanties vous sont présentées dans le descriptif qui vous a été remis avec la présente notice d'information.

*Dans ce document, « vous » désigne l'assuré, dénommé membre participant, le « membre honoraire » étant votre employeur dans le Code de la Mutualité et « nous » désigne la **mutuelle Le Libre Choix**.*



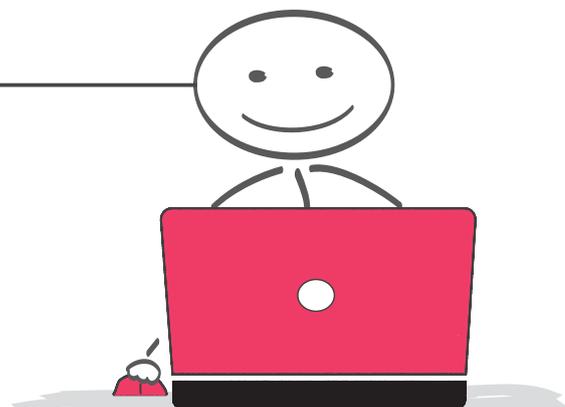
Choralis Mutuelle le Libre Choix

Bvd de l'Europe - CS 30143

59602 Maubeuge Cedex



contact@lelibrechoix.fr



www.lelibrechoix.fr

Votre complémentaire santé : votre adhésion

Qui est couvert par le contrat Santé ?

> **Vous-même**, en tant que salarié affilié au contrat



Précisions

- Le **conjoint** doit être non divorcé, ni séparé de corps judiciairement.
- Le **concubin** est la personne vivant en concubinage avec le participant. Conformément à l'article 515-8 du Code Civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.
- Les **ascendants, descendants** à charge sont ceux définis à l'article L.313-3 du code de la Sécurité sociale. Ils doivent figurer sur votre carte de Sécurité sociale ou sur celle de votre conjoint ou assimilé.

Quels sont vos bénéficiaires ?

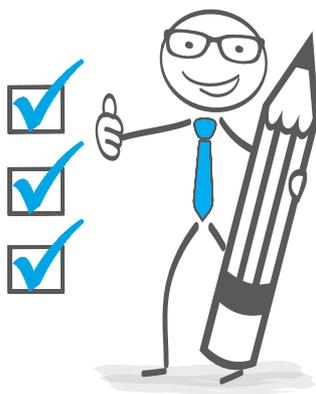
- > **Votre conjoint** ou assimilés (partenaire lié par un PACS ou concubin)
- > **Vos enfants** à charge
- > **Vos ascendants, descendants** à charge

Régime de base

Votre affiliation au contrat santé est effective :

- Dès la date d'effet du contrat,
- À votre date d'embauche si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat.

Après avoir rempli le bulletin d'adhésion et fourni toute déclaration et justificatifs nécessaires.



Régime optionnel (Cf. Règlement mutualiste)

Vous pouvez choisir d'adhérer à un régime optionnel complémentaire, totalement à votre charge. L'adhésion individuelle prend effet :

- Soit à la même date que le régime de base,
- À défaut, à une date postérieure, au 1er jour du mois suivant la réception par notre mutuelle de votre demande.

Les bénéficiaires du régime optionnel sont à votre choix :

- Uniquement vous-même (cotisation isolé),
- Vous-même et votre famille (se référer à la grille de tarification). En cas de choix de l'option famille, les bénéficiaires couverts sont les mêmes que ceux du régime de base.

Affiliation de vos ayants droit

Peuvent ou doivent être affiliés (**selon ce qui a été prévu dans le contrat souscrit par votre employeur**) à la Mutuelle, au titre de votre adhésion, votre conjoint, concubin ou partenaire et/ou vos enfants à charge tels que définis ci-dessus. Cette affiliation s'effectue via votre bulletin d'adhésion. En cas de changement de situation de famille, vous devez afin d'affilier un nouvel ayant-droit, adresser votre demande écrite directement à la Mutuelle s'il s'agit d'une option ou par l'intermédiaire de votre employeur s'il s'agit d'une obligation.

L'affiliation de ce nouvel ayant droit prend effet le 1er jour du mois de réception de la demande d'affiliation, sous réserve du paiement de sa première cotisation. Il est rappelé qu'une seule personne peut être affiliée au titre de conjoint, concubin ou partenaire.

Résiliation de votre adhésion

Votre adhésion prend fin :

- En cas de résiliation de l'adhésion de votre employeur,
- Le jour où vous ne remplissez plus les critères d'adhésion, notamment en cas de rupture du contrat de travail vous liant à votre employeur,
- Le jour de votre décès.

Dans ce cas, les ayants droit bénéficiaires des garanties continuent d'être couverts jusqu'à la fin du mois en cours duquel est survenu le décès.

Une couverture de remboursement de frais de santé peut être maintenue à titre individuel :

- Si votre contrat de travail est interrompu du fait :
 - d'une incapacité de travail ou d'une invalidité justifiant le versement d'une rente par la Sécurité sociale
 - de la liquidation de la pension vieillesse de son régime obligatoire
 - d'un licenciement ouvrant droit à une indemnisation chômage

Si vous décédez, vos ayants droit initialement garantis sur votre contrat doivent alors adhérer à titre personnel.

Fin de la période d'affiliation d'un ayant droit

L'affiliation de vos ayants droit prend fin :

- pour tous les ayants droit :
 - automatiquement au jour où votre adhésion prend fin,
 - en cas de demande de leur part ou de votre part (si leur affiliation n'est pas obligatoire) par demande écrite adressée à la Mutuelle. L'affiliation prend fin à la fin du mois qui suit la demande sous réserve de la restitution de la carte de mutuelle en cours de validité.
- pour le conjoint ou assimilé
 - automatiquement en cas de divorce. L'affiliation cesse alors à la fin du mois qui suit la notification de ce jugement à la Mutuelle,
 - automatiquement en cas de rupture du Pacs ou concubinage. L'affiliation cesse alors à la fin du mois qui suit la notification de cette rupture à la Mutuelle
- pour les enfants à charge

Votre enfant à charge est couvert jusqu'à l'une des dates suivantes :

- le jour où il cesse d'être ayant droit au sens de la Sécurité sociale,
- à la fin du mois au cours duquel prend fin le contrat de qualification de professionnalisation ou d'apprentissage ou la formation en alternance et au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 28 ans,

- le dernier jour du mois au cours duquel l'enfant primo demandeur d'emploi trouve un emploi et au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 28 ans,
- le dernier jour de l'année scolaire au cours de laquelle il ne remplit plus les critères statutaires qui lui permettaient d'être considéré comme enfant à charge et en tout état de cause, le dernier jour du mois où il atteint la date anniversaire de ses 28 ans.
- autres personnes à charge
 - le jour où elles n'ont plus la qualité de personne à charge au sens des statuts (cf : affiliation de vos ayants droit)

Attention : la non notification dans les délais les plus brefs d'un événement entraînant la perte de la qualité d'ayant droit est constitutive d'une fausse déclaration et peut donner lieu à un rappel de cotisation.

🕒 Modification administrative

Il convient également de signaler le plus tôt possible à la Mutuelle toute modification relative à la gestion de votre dossier (changement d'adresse, de caisse primaire d'assurance maladie, de coordonnées bancaires...). (cf. vos services en ligne)

Votre complémentaire santé : les maintiens de garantie dont vous pouvez bénéficier



Maintien de Garanties Santé
au titre de la Portabilité
des Droits

Conditions du maintien de l'affiliation

Le maintien des garanties résulte des dispositions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale. Il pourra être modifié de plein droit par toute évolution législative ou réglementaire.

En l'état, sous réserve pour le salarié d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation, et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires, sont maintenues en cas de rupture de son contrat de travail.

Il faut que celle-ci résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La mutuelle tient à la disposition de l'entreprise un formulaire type « portabilité » qu'elle devra retourner dûment renseigné et signé des deux parties (employeur et salarié) pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l'affiliation du salarié cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'entreprise d'informer le salarié du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Obligations déclaratives

L'ancien salarié s'engage à fournir à la mutuelle :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations chômage.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'ancien salarié est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

L'ancien salarié a la possibilité de refuser son droit à portabilité. Il doit alors notifier son refus à son employeur, par écrit, dans les 10 jours suivant la cessation de son contrat de travail.

L'affiliation de l'ancien salarié cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès),
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs prévus,
- en cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause.

Garanties maintenues

Les garanties de base obligatoires maintenues, pendant la période de portabilité, sont celles en vigueur dans l'entreprise pour la catégorie de personnel à laquelle appartenait l'ancien salarié avant la rupture ou la fin de son contrat de travail.

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sur la base obligatoire sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.



LOI EVIN

Maintien de Garanties Santé au titre de la loi Evin du 31/12/1989 n°89-1009

Pour vous permettre de bénéficier d'un maintien des garanties Frais de santé, nous vous proposons une couverture de groupe à adhésion individuelle, à condition que vous fassiez la demande d'adhésion dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail. La garantie prend effet au premier jour du mois indiqué sur le bulletin d'adhésion sous réserve que l'ensemble des documents nécessaires à l'adhésion ait été transmis à la mutuelle avant le 10 du mois. Le décret n° 2017-372 du 21/03/2017 prévoit un plafonnement progressif des tarifs de cette couverture individuelle échelonné sur 3 ans. Les anciens salariés bénéficiaires d'une prestation d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité, d'une allocation de chômage, de pré-retraite, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, ou qui précèdent le terme du maintien de couverture au titre de la portabilité visée à l'article ci-dessus, si la durée de ce maintien excède six mois.

Votre complémentaire santé : vos cotisations

Les cotisations des adhérents dans le cadre d'un contrat de groupe, sont fixées lors de la signature dudit contrat.

Elles sont valables pour la durée du contrat et révisables lors du renouvellement de celui-ci.

Les modulations de tarif sont déterminées en fonction de la situation de famille, de l'âge moyen arithmétique de la démographie du groupement et du niveau de prestations prises en charge.

Lorsque le risque se trouve aggravé sans le fait des partis, notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, la mutuelle a la faculté de déterminer un nouveau taux de cotisation.

Non-paiement des cotisations par l'entreprise

---> en cas de précompte de la cotisation de la personne morale

Lorsque l'employeur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'entreprise.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle lui adresse, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le salarié est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur est susceptible d'entraîner la résiliation de l'adhésion, sauf s'il entreprend de se substituer à son employeur pour le paiement des cotisations.

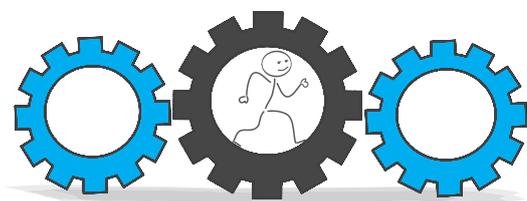
La mutuelle a le droit de mettre fin à l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les pénalités de retard, les frais de poursuite et de recouvrement.



---> en cas d'absence de précompte de la cotisation par la personne morale

A défaut de paiement par l'entreprise d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de ce membre honoraire. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'entreprise, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le salarié est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par l'entreprise est susceptible d'entraîner la résiliation de l'adhésion, sauf s'il entreprend de se substituer à l'entreprise pour le paiement des cotisations.



La mutuelle a le droit de mettre fin à l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les pénalités de retard, les frais de poursuite et de recouvrement. La mutuelle rembourse, le cas échéant, au membre participant, la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

Non-paiement des cotisations par le salarié

Lorsque l'employeur n'assure pas le précompte des cotisations, le salarié qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le salarié est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations. **Redressement judiciaire ou liquidation judiciaire** : l'employeur s'engage à tenir la Mutuelle informée en cas de dépôt de sa déclaration de cessation des paiements au greffe du tribunal compétent.

Votre complémentaire santé : vos garanties « Frais de Santé »

➤ Ouverture et cessation des garanties

Les garanties s'appliquent dès la date d'effet de votre adhésion et cessent avec celle-ci.

Les demandes de remboursements de soins adressées à la Mutuelle après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie du demandeur soit antérieure à la date de fin de couverture.

➤ Définition et niveau de garanties

Votre régime a pour objet de vous garantir, ainsi que le cas échéant vos adhérents affiliés, à titre principal des remboursements complémentaires à ceux de votre régime obligatoire d'Assurance Maladie (sauf mention expresse dans le tableau de garanties) et de vous indemniser de différents frais occasionnés par une maladie, un accident ou un accouchement, et à titre accessoire le versement d'une prestation en cas de maternité (y compris en cas d'adoption plénière)

Les types et niveaux de garanties dont vous bénéficiez ainsi que vos éventuels ayants droit sont décrits dans le tableau descriptif qui vous ont été remis par votre employeur avec la présente notice.

➤ Définition et niveau de garanties

Tous nos contrats sont solidaires et responsables au sens des dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale. Ils respectent donc le cahier des charges défini aux articles R 871-1 et R 871-2 du même code. Les contrats remplissent également les obligations du cahier de charge issu du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

Ces dispositions comportent des exclusions et des obligations de prises en charge minimales précisées aux articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale ainsi qu'une interdiction de couvrir la participation mentionnée au II de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale.

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable, l'ensemble des participations des assurés définies à l'article R322-1 du Code de la Sécurité sociale, hors 6°, 7°, 10°, 14° du même article (sauf prise en charge expressément mentionnée dans le tableau de garanties) sont prises en charge.

Pour les prestations liées à la prévention, la Mutuelle Le Libre Choix prend en charge le ticket modérateur de tous les actes de prévention remboursables par l'assurance maladie obligatoire et dont la liste est fixée par un arrêté du 8 juin 2006.

Dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel, les garanties des pour les contrats collectifs respectent les critères des paniers de soins définies dans le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014.

En outre, et afin de se conformer aux dispositions du premier alinéa de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, la mutuelle communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Comment percevoir vos prestations ?

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à charge effective de l'adhérent. Sauf cas particulier, les garanties interviennent en complément et après remboursement préalable du régime de Sécurité sociale.



➤ Prescription :

L'action de l'adhérent pour le paiement des prestations se prescrit par 2 ans plus le trimestre en cours, à compter de la date de l'événement. Ce délai est ramené à 3 mois en cas de résiliation. Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la mutuelle dans un délai de 3 mois à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

➤ Subrogation :

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

Exclusion

Les contrats remplissent les obligations du cahier de charge issu du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

La mutuelle rembourse dans tous les cas les prestations prévues aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale qui définissent les contrats responsables mais exclue les prestations ci-dessous :

- les frais facturés par les établissements médico-sociaux ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes, maison de retraite.
- les actes médicaux non pris préalablement en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire sauf prestations particulières mentionnées au tableau des garanties.

Sont également exclus des remboursements de la Mutuelle :

- la participation forfaitaire de 1 euro, visée à l'article L322-2 du code de la sécurité sociale conformément à l'article 40 de la loi de financement de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation laissée à la charge des assurés par l'Assurance Maladie Obligatoire dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un médecin autre que son médecin traitant sans prescription préalable de ce dernier ou n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel,
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non respect par les assurés du parcours de soins,
- les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- les franchises mises en place au 01/01/2008 sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports institués par l'article 52 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008.

Votre complémentaire santé : attribution des prestations

➡ Ticket modérateur

Sous réserve des exceptions listées ci-dessous, les garanties des « contrats responsables » couvrent l'intégralité de la participation de l'assuré dit «ticket modérateur» calculé sur les tarifs de base de l'assurance maladie obligatoire.

Parmi les postes de soins couverts obligatoirement figurent notamment :

- les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé y compris ceux relatifs à la prévention;
- les soins dentaires y compris les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale ;
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale.



Exception

En fonction des garanties souscrites, le ticket modérateur peut, ne pas être couvert, pour les frais de cure thermale, pour les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que pour les spécialités et les préparations homéopathiques.

➤ Hospitalisation

Les garanties des contrats responsables couvrent :

- l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, la participation forfaitaire de 18 euros, prévue au I de l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale, et sur les consultations et actes externes des établissements de santé ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé (séjours en hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie).

Exclusion ↻

Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) n'est pas couvert.

Cette disposition est également retenue pour l'application du 2° de l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale. La chambre particulière est prise en charge dans la limite de la garantie souscrite et uniquement dans le cadre d'une hospitalisation chirurgicale ou de maternité.

➤ Dépassements d'honoraires des médecins

Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, cette prise en charge est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée).

Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins n'adhérant pas à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée et couverts par une garantie du contrat.

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'assurance maladie obligatoire. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement retenue sera celle du tarif d'autorité.

Le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ne fait en revanche pas l'objet d'un plafonnement. S'il n'existe pas de limite prévue par le contrat pour la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, seule la première limite (100% du tarif opposable) s'appliquera à la prise en charge des dépassements pratiqués par les médecins non adhérent à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Les tarifs des soins prothétiques dentaires ou d'orthopédie dento-faciale fixés par entente directe par les médecins stomatologues au-delà du tarif de responsabilité ne constituent pas des dépassements d'honoraires plafonnés au sens des contrats responsables.

👉 Optique

Si le contrat ne prévoit pas de couverture au-delà des tarifs de responsabilité alors, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas limitée et il sera couvert systématiquement.

Si le contrat propose une couverture pour l'acquisition d'un équipement optique, au-delà du ticket modérateur, alors des planchers et des plafonds seront respectés : cf. décret N°2014-1374 du 18 novembre 2014.



La couverture de la monture est limitée au sein du remboursement de l'équipement global.

La prise en charge est limitée à un équipement (une monture + 2 verres) par période de deux ans.

Le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur à 24 mois suivant l'acquisition précédente ne pourra donner lieu à une prise en charge par la mutuelle.

Par dérogation, **cette période est réduite à un an** pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour **un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue**. La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par la mutuelle.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. Elles s'apprécient à **compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et s'achèvent deux ans après**.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

👉 Allocation naissance ou d'adoption

Selon la formule choisie, une allocation forfaitaire est versée pour chaque naissance ou adoption. Ce forfait est multiplié par le nombre d'enfants nés ou adoptés en cas de naissance ou d'adoption multiple. Cette allocation est versée si l'enfant est inscrit dans le mois de sa naissance (ou de son adoption).

👉 Fonds Social

L'assemblée générale ou le conseil d'administration délibère chaque année sur le montant d'un budget alloué à l'attribution de secours exceptionnels destinés à ses membres participants et à leurs ayants droit. Les aides sont attribuées par une commission constituée au sein du conseil d'administration. Sont prises en compte les ressources du foyer du demandeur et tous éléments susceptibles de favoriser l'examen du dossier, notamment la situation de famille et l'ancienneté dans la mutuelle. Sont susceptibles de bénéficier d'une aide les dépenses liées à la maladie, maternité, au décès, et de façon générale à la protection de la personne du membre participant et de ses ayants droit. La décision de la commission n'est susceptible d'aucun appel.

👉 Territorialité

Les soins couverts par les garanties de la Mutuelle doivent avoir été effectués en France. Les cotisations et prestations sont payées en Euros. Les prestations sont payées uniquement sur des comptes bancaires ou postaux. Pour les actes effectués à l'étranger, ne seront indemnisés par la Mutuelle que les actes ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime français de Sécurité sociale. Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français. En aucun cas, le membre participant ou ses ayants droit ne pourront demander une indemnisation ou des remboursements sur la base des tarifs appliqués dans le pays où ils ont bénéficié des soins.

Pour bénéficier des prestations de la Mutuelle, le participant, après son retour en France, devra lui faire parvenir la facture acquittée et le décompte du régime français de Sécurité sociale afférent à ces soins.

Comment obtenir le paiement de vos prestations ?

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, les documents originaux (ou certifiés conformes en cas de remboursement préalable de tout ou partie du reste à charge par un autre organisme complémentaire) indiqués ci-dessous. Si l'information est transmise directement par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie à la mutuelle, le décompte envoyé à l'adhérent précise que la mutuelle a été avertie des remboursements effectués.

Les documents originaux doivent indiquer clairement le montant des dépenses et celui du remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

Document à fournir	
Soins ambulatoires divers	Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et/ou facture acquittée
Soins externes hospitaliers	Avis des sommes à payer et attestation de paiement
Honoraires	Facture détaillée acquittée
Séjour	La facture réservée à la mutuelle dûment acquittée et/ou avis des sommes à payer et attestation de paiement
Transport	Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture acquittée
Dépassement d'honoraires, chambre particulière, forfait accompagnant	Facture détaillée acquittée et/ou avis des sommes à payer et attestation de paiement
Soins dentaires	Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et/ou facture acquittée
Prothèses dentaires	Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et/ou facture acquittée
Orthodontie	Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et/ou facture acquittée

Frais de pharmacie prescrits non remboursés par le régime obligatoire (médicaments, vaccins, pilules et patchs contraceptifs, sevrage tabagique...)

Prothèses non prises en charge par le régime obligatoire

Médecines douces : ostéopathie pratiquée par des ostéopathes agréés

Equipement optique

Lentilles remboursables

Lentilles non remboursables

Chirurgie laser

Appareillage

Cure thermale

Allocation de naissance ou d'adoption

Facture acquittée et copie de la prescription médicale

Facture détaillée acquittée

Facture acquittée

Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture détaillée de l'opticien et prescription médicale

Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture détaillée de l'Opticien

Facture détaillée de l'Opticien

Facture détaillée acquittée

Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture acquittée

Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture acquittée

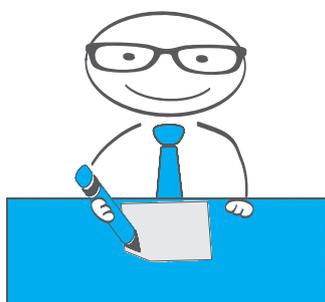
Acte de naissance ou copie du livret de famille, certificat définitif d'adoption



Les documents originaux fournis pour obtenir les versements des prestations sont conservés par la mutuelle.

La validité des documents détaillés ci-dessus se prescrit par 2 ans plus le trimestre en cours, à compter de la date de survenance de l'événement. Ce délai est ramené à 3 mois en cas de résiliation.

La mutuelle se réserve le droit de réclamer tout document qu'elle jugera nécessaire pour le paiement des prestations.



Quelles dates retenues pour l'évaluation des droits ?

Honoraires - Soins externes hospitaliers	date des soins
Soins dentaires	date des soins
Prothèses dentaires	date d'exécution (mise en bouche)
Traitement d'orthodontie commencé avant l'âge de 16 ans	date mentionnée sur la feuille de soins ou date d'échéance du traitement.
Séjour	date d'entrée
Equipement optique	date de facturation
Lentilles remboursables ou non remboursables par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	date de facturation
L'appareillage - Pharmacie	date de facturation
Cure thermale	date de début de cure

Votre complémentaire santé : pour aller plus loin

Télétransmission

Les bénéficiaires sont référencés dans les fichiers de l'Assurance Maladie et bénéficient des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur Caisse d'Assurance Maladie dans le cadre des conventions passées entre les deux organismes.

Ces échanges les dispensent de l'envoi à la mutuelle des décomptes de remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire. La mention **« nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire MUTUELLE LE LIBRE CHOIX »**, apparaît alors sur votre décompte de régime obligatoire. Nous vous conseillons ainsi de le vérifier systématiquement.

En effet, dans le cas où la procédure de transmission des données serait interrompue (pour vous ou un membre de votre famille), charge à vous de nous le faire savoir et de nous fournir les décomptes originaux afin que nous puissions procéder au paiement des prestations dues et ceci dans un délai maximum de 2 ans plus le trimestre en cours à compter de la date de l'événement.

De plus, afin d'obtenir vos remboursements, dans le cas où vous ne réglez que le « ticket modérateur » ou « part complémentaire », vous devez nous transmettre l'original du décompte de Régime Obligatoire d'Assurance Maladie accompagné du reçu ou de la facture.

La télétransmission ne dispense pas de l'envoi à la mutuelle de factures d'honoraires ou de toutes factures de leurs dépenses de santé, acquittées, nécessitées pour les besoins du traitement de leurs dossiers par la mutuelle (cf. Comment obtenir le paiement de vos prestations ?).

Tout adhérent a la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la mutuelle et son régime d'Assurance Maladie, en exprimant son refus au moyen d'une simple lettre adressée à la mutuelle qui s'engage à communiquer à leur Caisse d'Assurance Maladie cette décision, dans le mois qui suit sa date de réception.

➤ Informatique et Liberté

L'adhérent peut demander communication et rectification de toute information concernant lui-même ou ses ayants droit sur tout fichier à l'usage de la mutuelle. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de la mutuelle.

➤ Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située au 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

➤ Fausse déclaration

Toute fausse déclaration de votre part ou d'un de vos éventuels ayants droit quant à la réalité et/ou l'étendue du sinistre entraîne la nullité de la garantie. Les cotisations payées à ce titre acquises à la mutuelle.

➤ Répétition de l'indu

Les prestations versées à tort par la mutuelle font l'objet d'action à répétition dans les conditions prévues aux articles 1235 et 1376 et suivants du Code Civil dans les 2 années qui suivent leur versement. Le membre participant est donc tenu de restituer ces sommes à la mutuelle.

➤ Principe indemnitaire

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du règlement ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

➤ Réclamation et médiation

En cas de désaccord, les adhérents ou leurs ayants-droit ont la possibilité d'adresser une réclamation (courrier, mail, téléphone ou en agence) au service interne de la mutuelle :



Mutuelle Le Libre Choix
Boulevard de l'Europe - CS 30143
59602 MAUBEUGE Cedex
contact@lelibrechoix.fr
03.27.53.19.90

Une réponse leur sera adressée sous 10 jours ouvrés.

Si l'insatisfaction demeure, le recours interne est la solution de 2ème niveau dès lors que la réclamation, que l'adhérent a adressée, s'est révélée à son sens infructueuse.

La demande de recours interne doit être obligatoirement formulée par écrit par courrier recommandé avec AR. Cette demande devra obligatoirement comprendre un exposé des motifs de désaccord ainsi que le cas échéant les références des courriers de réponse précédemment envoyés ou à défaut les copies des dits-courriers :

Mutuelle Le Libre Choix
Secrétariat Général – Recours interne
Boulevard de l'Europe - CS 30143
59602 MAUBEUGE Cedex

A réception de la demande de recours interne, une réponse sera apportée sous 10 jours ouvrés par courrier recommandé avec AR.

Après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations et si le désaccord persiste après la réponse fournie par la mutuelle, les adhérents ou leurs ayants-droit peuvent avoir recours au médiateur de la Fédération Nationale de Mutualité Française dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée.

Le médiateur peut être saisi :

soit par courrier à l'attention de :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
Fédération Nationale de Mutualité Française
255 Rue Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15

soit via l'adresse mail : mediation@mutualite.fr

soit directement via le site internet <http://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation/>

Le service de médiation est entièrement gratuit.

Le médiateur rend un avis motivé dans les 3 mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas 3 mois dont les parties à la médiation devront être informées. Il s'agit d'un avis rendu en droit et/ou en équité.

La charte de médiation est envoyée sur simple demande adressée à la mutuelle. Elle est également consultable sur le site internet de la mutuelle www.lelibrechoix.fr ou sur celui de la Fédération Nationale de Mutualité Française www.mediateur-mutualite.fr.

Votre complémentaire santé : les services d'assistance

Assistance

En fonction de la garantie souscrite, l'adhérent et les bénéficiaires peuvent bénéficier de deux garanties supplémentaires d'assistance.

Elles ont été souscrites sous forme de contrats collectifs par la Mutuelle sur décision de l'Assemblée Générale dans le cadre de l'article L221-3 du code de la Mutualité auprès des sociétés suivantes :

- Groupe Mutuelle des Sportifs 2/4 rue Louis David 75016 Paris pour le Pass'sports Choralis
- Garantie Assistance : 108 Bureaux de la Colline 92210 SAINT CLOUD pour Choralis Assistance et Préjudis Santé.

Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par les assureurs auprès desquels la mutuelle les a souscrites en fonction des résultats techniques constatés par ces organismes.

Les modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Des documents d'information spécifiques à ces garanties sont joints à la présente notice.



Service d'écoute, de soutien et d'accompagnement psychologique

En fonction de la garantie souscrite, le salarié peut bénéficier de la garantie Psya.

Cette garantie a été souscrite auprès de la société Psya :

69 rue La Fayette 75009 Paris

Un document d'information spécifique à cette garantie est joint à la présente notice.



Votre complémentaire santé : vos services en ligne sur

www.lelibrechoix.fr

votre espace adhérent

A l'adhésion, vous recevez vos identifiants pour accéder à votre espace personnel.



ACCÉDER À VOTRE COMPTE CLIENT

Code accès

Mot de passe

VALIDER

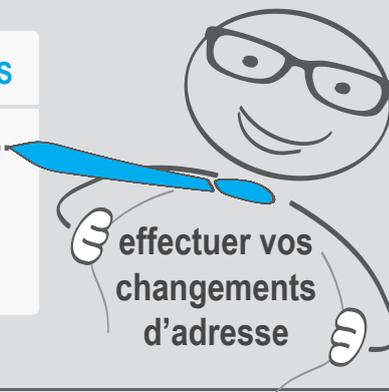
[Mot de passe oublié?](#)

A partir de cet espace, vous pouvez par exemple :

BIENVENUE

VOTRE DOSSIER / VOS REMBOURSEMENTS

- **Votre contrat, cotisations, garanties.....**
- Vos décomptes de prestations
- Application mobile Choralis
- Nous contacter



VOTRE DOSSIER / VOS REMBOURSEMENTS

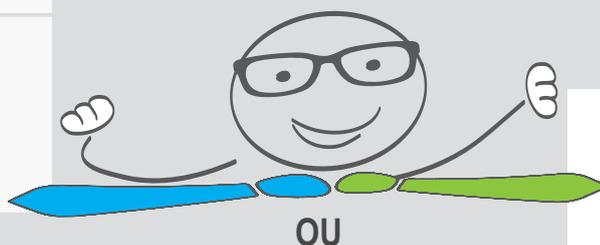
- Votre contrat, cotisations, garanties...
- **Vos décomptes de prestations.....**
- Application mobile Choralis
- Nous contacter



VOTRE DOSSIER / VOS REMBOURSEMENTS

- Votre contrat, cotisations, garanties...
- Vos décomptes de prestations
- Application mobile Choralis
- **Nous contacter.....**

nous contacter en dehors des heures d'ouverture de nos agences, en cliquant sur



Vous pouvez aussi nous faire vos demandes directement à l'adresse suivante : contact@lelibrechoix.fr

Dans l'espace adhérent, vous retrouverez aussi tous les services **PLUS** et **INFOS PRATIQUES** de la Mutuelle Le Libre Choix

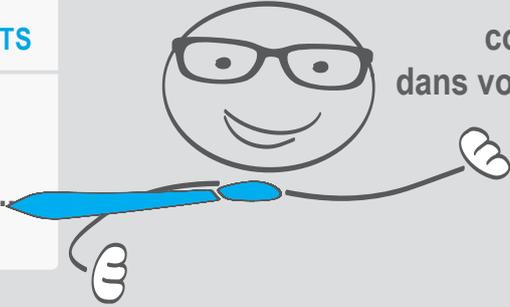
👉 l'application mobile : vos remboursements au bout des doigts

En téléchargeant cette application, vous saurez, à tout moment, le montant des prestations viré sur votre compte ou payé, pour vous et les bénéficiaires de votre garantie, à des tiers.

Un guide simplifié d'installation est disponible dans votre espace adhérent.
Pour installer cette application, connectez-vous dans votre espace adhérent.

**VOTRE DOSSIER / VOS REMBOURSEMENTS**

- Votre contrat, cotisations, garanties...
- Vos décomptes de prestations
- **Application mobile Choralis**.....
- Nous contacter

**connectez-vous dans votre espace adhérent**

Rappel : le téléchargement et/ou l'utilisation d'une application de lecteur de QRCode et/ou de l'application Choralis Le Libre Choix peut occasionner des frais de connexion. Pour en connaître le montant, veuillez vous rapprocher de votre opérateur de téléphonie.



LEXIQUE :

Actes Hors Nomenclature

Actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Optam = Option pratique tarifaire maîtrisée / Optam-co : Option pratique tarifaire maîtrisée des spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique

Ils visent à encadrer les dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2.

Ceux-ci en souscrivant à ce dispositif s'engagent à faire bénéficier du tarif de remboursement des soins.

Le site annuaire.sante.ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un des dispositifs.

Contrat Responsable

Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Contrat Solidaire

Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Équipement optique

Un équipement optique	La prise en charge est limitée à un équipement optique "2 verres et 1 monture" tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire. Toutefois pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien.
Verre simple foyer, sphérique	Sphère de - 6 à + 6 Sphère de -6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10 Sphère < - 10 ou > + 10
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique	Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6 Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6 Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6 Cylindrique > + 4 sphère de < - 6 ou > + 6
Verre multifocal ou progressif sphérique	Sphère de - 4 à + 4 Sphère < - 4 ou > + 4
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	Sphère de - 8 à + 8 Sphère < - 8 ou > + 8

Médecin conventionné secteur 1

Un médecin qui exerce en secteur 1 est « conventionné » et il applique un tarif fixe (exemple 25€ chez un généraliste). Un spécialiste en secteur 1 peut toutefois pratiquer des majorations tarifaires hors parcours de soins.

Médecin conventionné Secteur 2

Un médecin qui exerce en secteur 2 est « conventionné honoraires libres » et fixe lui-même ses tarifs. L'assurance maladie rembourse sur la base du secteur 1.

Médecin non conventionné

Certains médecins n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale et pratiquent des honoraires non encadrés. La Sécurité sociale calcule alors son remboursement sur la base d'un tarif de responsabilité spécifique, le Tarif d'Autorité.

Membre honoraire

Il s'agit de votre employeur qui a souscrit le contrat collectif

Membre participant

C'est vous en tant que salarié assuré par la Mutuelle.

Nomenclature

Désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale.

Parcours de soins

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant. De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

Prévention (arrêté du 8 juin 2006)

Prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur des sept actes de prévention suivants :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1eres et 2eme molaires permanentes des enfants avant leur 14eme anniversaire, a raison d'une fois par dent,
- un détartrage annuel complet, effectuée en 2 séances maximum,
- un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1er bilan,
- le dépistage de l'hépatite B,
- le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie),
- l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans),



- les vaccins suivants : diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; Coqueluche (avant 14 ans) ; Hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Remboursement de la Sécurité sociale

Le remboursement de la Sécurité sociale s'effectue selon des taux, fonction des actes, et appliqués sur la base de remboursement.

- Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.
- Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : résulte de l'application du taux de remboursement de la Sécurité sociale sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR).
- Ticket modérateur (TM) : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Reste à charge

Part de la dépense du patient qui n'est pas pris en charge, ni par la Sécurité sociale, ni par sa complémentaire santé. Il peut s'agir notamment des dépassements d'honoraires.

Tarif forfaitaire de responsabilité

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Tiers payant

Le service de tiers payant vous évite l'avance d'argent pour les frais mentionnés sur votre carte dans la limite des remboursements prévus dans le tableau des garanties et selon les dispositions des conventions passées avec les professionnels de santé.

Votre carte de tiers payant est éditée, chaque année, en double exemplaire pour la famille. Ainsi votre conjoint et vous-même possédez chacun une carte. Votre carte de tiers payant ne reprend pas le détail de vos garanties.

MUTUELLE SOUMISE AU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ

CHORALIS
Mutuelle Libre Choix
www.letlibrechoix.fr

Boulevard de l'Europe - B.P. 30143
59602 MAUBEUGE Cedex
Tél. 03 27 53 19 90
Fax: 03 27 53 19 99

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CODE PREFECTORAL	59025908	N° ADHERENT	
SIREN	783 747 793	PERIODE DE VALIDITE	
EDITEE LE			

BENEFICIAIRES

NOM - PRENOM QUALITE	DATE DE NAISSANCE	OPTION MUT	GARANTIES OUVRANT DROIT À TIERS PAYANT REGIME OBLIGATOIRE INCLUS
SPECIMEN			

MUTUELLE SOUMISE AU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ

CHORALIS
Mutuelle Libre Choix
www.letlibrechoix.fr

Boulevard de l'Europe - B.P. 30143
59602 MAUBEUGE Cedex
Tél. 03 27 53 19 90
Fax: 03 27 53 19 99

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

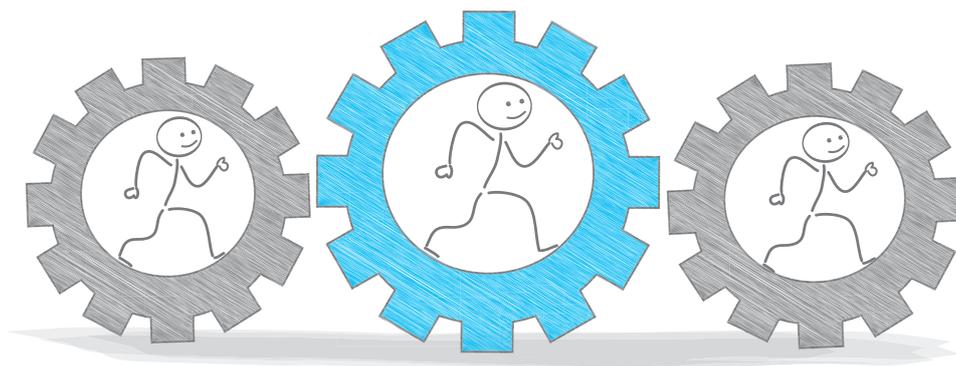
CODE PREFECTORAL	59025908	N° ADHERENT	
SIREN	783 747 793	PERIODE DE VALIDITE	
EDITEE LE			

BENEFICIAIRES

NOM - PRENOM QUALITE	DATE DE NAISSANCE	OPTION MUT	GARANTIES OUVRANT DROIT À TIERS PAYANT REGIME OBLIGATOIRE INCLUS
SPECIMEN			

REPUBLIQUE FRANÇAISE

CES TAUX S'APPLIQUENT AU TARIF DE RESPONSABILITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE



IMPORTANT ATTESTATION DE RECEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

Partie à conserver par vos soins

Je soussigné(e),,
reconnais avoir reçu de mon employeur la notice d'information relative au régime de Frais de Santé souscrit auprès de la Mutuelle Le Libre Choix.

Fait à _____ le | | | | | | | | | |

Signature :

*Ce document devra être conservé par mes soins sans limite de durée.
Il doit être remplacé à chaque remise d'une notice constatant des modifications contractuelles.*

Partie à découper et à remettre à votre employeur ✂

Je soussigné(e),,
reconnais avoir reçu de mon employeur la notice d'information relative au régime de Frais de Santé souscrit auprès de la Mutuelle Le Libre Choix.

Fait à _____ le | | | | | | | | | |

Signature :

*Cette partie doit être conservée par l'employeur sans limite de durée.
Il doit être remplacé à chaque remise d'une notice constatant des modifications contractuelles.*

Pour tout renseignement complémentaire,
n'hésitez pas à nous contacter dans
l'une de nos agences



Agence de Fourmies

Tél. 03.27.60.53.02

Horaires d'ouverture
du mardi au vendredi
8h30 à 12h et 13h à 17h30

**Siège social
Agence de Maubeuge**

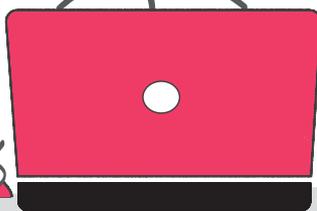
Tél. 03.27.53.19.90

Horaires d'ouverture
du mardi au vendredi
9h à 12h et 13h à 17h
et le samedi de 9h à 12h

**Agence de
Valenciennes**

Tél. 03.27.36.47.93

Horaires d'ouverture
du mardi au vendredi
9h à 12h30 et 13h30 à 18h
et le samedi de 9h30 à 12h30



www.lelibrechoix.fr

