



CHORALIS

Mutuelle Le Libre Choix



Notice d'Information des Salariés

Contrat de Santé Collectif

CCN de l'IMMOBILIER (Administrateurs de biens, Sociétés immobilières, Agents immobiliers)

SOMMAIRE

Préambule

Votre complémentaire santé : votre adhésion

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

Au titre de la Portabilité des Droits

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

Conséquences de la suspension du contrat de travail

Votre complémentaire santé : vos cotisations

Non-paiement des cotisations par l'entreprise

Non-paiement des cotisations par le salarié

Votre complémentaire santé : vos garanties « Frais de Santé »

Comment percevoir vos prestations ?

Votre complémentaire santé : attribution des prestations :

Comment obtenir le paiement de vos prestations ?

Quelles dates sont retenues pour l'évaluation des droits ?

Votre complémentaire santé : pour aller plus loin

Votre complémentaire santé : les services d'assistance

Votre complémentaire santé : vos services en ligne

Lexique

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**.*

Mention importante à destination des salariés ayant souscrit un régime optionnel

La souscription d'un régime optionnel (garantie optionnelle ou option famille), implique de se référer au règlement mutualiste remis au moment de la souscription.

Votre complémentaire santé : votre adhésion

➡ 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 justificatif nécessaires.

Qui est couvert par le contrat de complémentaire Santé dit « obligatoire » ?

- **Vous-même**, en tant que salarié affilié au contrat,
- **Votre conjoint ou assimilé** à charge au sens de la Sécurité sociale ou dès lors qu'il n'exerce pas d'activité professionnelle et ne perçoit aucun revenu
- **Vos enfants** à charge au sens de la Sécurité sociale.

L'affiliation des ayants droit s'effectue via votre bulletin d'adhésion. En cas de changement de situation de famille (ajout ou radiation d'un ayant droit) vous devez adresser votre demande par l'intermédiaire de votre employeur.

➡ Régime optionnel (Cf. règlement mutualiste)

Le salarié peut affilier au **régime de base** son conjoint (ou assimilé) et ses enfants ne répondant pas aux critères de couverture du contrat obligatoire et/ou **souscrire des options**.

Quels sont vos bénéficiaires ?

- Vos enfants, à charge au sens de la Sécurité sociale ou âgés de moins de 28 ans (étudiants, sous contrat d'apprentissage ou à la recherche d'un premier emploi), sous réserve de justifier de leur situation.
- votre conjoint ou assimilé
- Vos ascendants et descendants à charge

L'adhésion individuelle prend effet :

- Soit à la même la même date que le régime de base
- A 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.

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.

➡ 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.

🔴 Résiliation de votre adhésion

Conformément à l'article 4 de l'accord collectif, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer au régime frais de santé, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'employeur. À défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Le salarié dispensé d'affiliation ne bénéficie ni de la portabilité des droits en santé ni des avantages sociaux liés au contrat obligatoire et collectif.

🔴 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
- pour les autres personnes à charge

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

- le jour où elles n'ont plus la qualité de personne à charge au sens des statuts (cf. affiliation de vos ayants droit)

👉 **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.

👉 **Financement**

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.

👉 **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.

👉 **Conséquences de la suspension du contrat de travail**

👉 **En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation**

En cas de suspension du contrat de travail, le bénéfice des garanties de protection sociale complémentaire mises en place dans l'entreprise est maintenu au profit du membre participant, et le cas échéant de ses ayants droit, **dans tous les cas de suspension du contrat de travail pour lesquels il bénéficie d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.** Ce maintien implique que pendant toute la période de suspension, le membre participant acquitte sa quote-part de cotisation calculée selon les règles prévues par le régime.

La contribution de l'employeur est maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

👉 **En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation**

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail n'ouvrant pas droit à maintien de salaire (total ou partiel) ou indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou versement d'un revenu de remplacement par l'employeur, le membre honoraire peut décider de maintenir la couverture Frais de santé.

Les modalités de ce maintien devront être fixées dans l'acte fondateur du régime (accord collectif, décision unilatérale de l'employeur, référendum) du membre honoraire. Ce dernier devra en informer la Mutuelle.

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 de 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 du 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 des décrets n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et n°2019-21 du 11 janvier 2019.

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 contrats collectifs respectent les critères des paniers de soins définies dans le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 et n°2019-65 du 31 janvier 2019.

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.

👉 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.

Exclusions

Les contrats remplissent les obligations des décrets n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et n°2019-21 du 11 janvier 2019.

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,
- les frais non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf exceptions expressément mentionnées dans le tableau descriptif des garanties,
- les dépassements d'honoraires ou de tarifs effectués en violation des conventions conclues entre le régime obligatoire d'Assurance Maladie du membre participant et les professionnels de santé. Dans ce cas, la Mutuelle limite son remboursement, en fonction de l'étendue de la garantie souscrite par le membre participant aux tarifs conventionnels ou aux dépassements qu'elle prend en charge,
- les actes hors nomenclatures Sécurité sociale ou classification commune des actes médicaux, sauf exceptions expressément mentionnées dans le tableau descriptif des garanties.

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 au titre du ticket modérateur, figurent notamment :

- les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé ;
- les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 65% ;
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R. 160-5 du code de la Sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge ;

- les soins dentaires y compris les soins d'orthopédie dento-faciale et les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée (panier dit 100% santé) ou non ;
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale à prise en charge renforcée ou non ;
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique ;
- les frais d'acquisition des aides auditives à prise en charge renforcée ou non, y compris les consommables, piles ou accessoires, pris en charge par la Sécurité sociale.

Exceptions

Par exception, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas obligatoire 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% et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques).

La majoration de la participation de l'assuré, tout comme les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne peuvent être pris en charge au titre des contrats responsables.

Hospitalisation

Les garanties des contrats responsables couvrent :

- l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire, prévue au I de l'article R. 160-16 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).

Exceptions

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 les services de médecine, chirurgie, psychiatrie, soins de suite et réadaptation avec hébergement dans la limite de la garantie souscrite.

Dépassements d'honoraires des médecins

Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM et OPTAM-co) prévu par la convention nationale médicale, 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 un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-co), 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 un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée et couverts par une garantie du contrat. Le contrat peut prévoir que seuls les dépassements d'honoraires facturés au titre de certains actes techniques et cliniques font l'objet d'une prise en charge.

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 qui sera retenue est celle du tarif d'autorité.

Le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale médicale 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 adhérant à un dispositif 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 adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. Un contrat qui couvrirait uniquement la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ne pourra être qualifié de « contrat responsable ».

Il est à noter que 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

Equipement relevant du 100% santé

L'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 définit les planchers et les plafonds de garanties que doivent respecter les « contrats responsables ».

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé (classe A).

En optique médicale dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier dit 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Equipement ne relevant pas du 100% santé

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de verres soumis au remboursement de classe B (autres que 100% santé), alors des planchers et des plafonds doivent être respectés par le contrat.

Ces planchers et plafonds s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente. Si le contrat alloue spécifiquement, au sein des garanties optiques, des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces garanties.

Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.

Dans tous les cas, les plafonds intègrent la couverture de la monture qui est limitée à 100 euros au sein du remboursement de l'équipement global. Ils n'incluent pas les tarifs de responsabilité de la

prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur réalisée par l'opticien.

Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Renouvellement et dérogations

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
 - par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ;
 - par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
- Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2. du chapitre 2 du titre II de la LPP, à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.

Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres uniquement
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un 	

	<p>verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicale particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des <u>verres uniquement</u>	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - glaucome ; - hypertension intraoculaire isolée ; - DMLA et atteintes maculaires évolutives ; - rétinopathie diabétique ; - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; - cataracte évolutive à composante réfractive ; - tumeurs oculaires et palpébrales ; - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; - greffe de cornée datant de moins de 1 an ; - kératocône évolutif ; - kératopathies évolutives ; - dystrophie cornéenne ; - amblyopie ; - diplopie récente ou évolutive ; <p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - diabète ; - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; - hypertension artérielle mal contrôlée ; - sida ; - affections neurologiques à composante oculaire ; - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ; <p><i>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours - corticoïdes ;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - antipaludéens de synthèse ; - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. 	

Constatation de l'évolution de la réfraction	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.
--	---

Dentaire

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé : pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

Les différents paniers permettent de classer les prothèses dentaires en fonction du type de prothèse, du matériau utilisé et de l'emplacement de la dent.

100 % santé	Panier maîtrisé	Panier libre
Couronne métallique Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1ère prémolaire Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1ère prémolaire	Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2è prémolaire et molaire Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire Couronne céramo-métallique sur 2è prémolaire	Couronne céramo-céramique Couronne céramo-métallique sur molaire Couronne implanto-portée
Inlay core Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	Inlay core Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay métallique	Inlay core Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay céramique
Bridge céramo-métallique sur incisive Bridge métallique pour toute dent	Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)	Bridge céramo-céramique
Prothèse amovible (dentier total ou partiel) à plaque base résine	Prothèse amovible (dentier total ou partiel) sur châssis métallique	Prothèse amovible (dentier total ou partiel) supra-implantaire
Réparations	Réparations	Adjonctions

Audiologie

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé à compter du 01/01/2021 : en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I (panier dit 100% santé) fixés par la LPP.

• **Prise en charge maximale des aides auditives autres que 100% santé**

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'une aide auditive de classe II soumise au remboursement (autres que 100% santé), alors le contrat doit respecter un plafond de prise en charge maximal par aide auditive.

Le plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

• **Aides auditives du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé**

Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

➡ **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 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 (selon les garanties souscrites). 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.

Documents 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 et 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
Médicaments remboursés par le régime obligatoire	Facture détaillée acquittée
Frais de pharmacie prescrits non remboursés par le régime obligatoire (médicaments, vaccins, pilules et patchs contraceptifs, sevrage tabagique...)	Facture acquittée et copie de la prescription médicale
Prothèses non prises en charge par le régime obligatoire	Facture détaillée acquittée
Médecines douces / Forfait « bien-être »	Facture acquittée
Équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture détaillée de l'opticien et prescription médicale
Lentilles remboursables	Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture détaillée de l'opticien et prescription médicale
Lentilles correctrices non remboursables	Facture détaillée de l'Opticien et prescription médicale
Chirurgie laser	Facture détaillée acquittée
Matériel médical	Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et facture acquittée
Prothèses auditives ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture détaillée de l'audioprothésiste et prescription médicale
Allocation de naissance ou d'adoption	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. **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 le décompte de Sécurité sociale

Séjour	Date d'entrée
Équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	Date mentionnée sur le décompte de Sécurité sociale
Lentilles remboursables ou non remboursables par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	Date de facturation
Médicaments	Date de facturation
Matériel médical	Date de facturation
Prothèse auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	Date mentionnée sur le décompte de Sécurité sociale
Cure thermique	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.

📡 Règlement général sur la protection des données

Les informations recueillies par Choralis Mutuelle Le Libre Choix font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier.

Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment, en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le financement des capitaux et le financement du terrorisme.

Enfin les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de la mutuelle Le Libre Choix, le cas échéant les tiers habilités, appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicable après son décès.

Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à notre Délégué à la Protection des Données :

- soit en écrivant au siège de la Mutuelle,
- soit par courrier électronique : dpo@lelibrechoix.fr

Toute personne peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenay – 75007 PARIS.

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire sur : <https://conso.bloctel.fr/>

Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 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 indemnisations 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 Consommation de la Mutualité Française - Fédération Nationale de Mutualité Française - 255 Rue Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15
- soit directement via le site internet : <https://mediateur-mutualite.fr>

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
- Filassistance : 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 Stimulus Care Services. Cette garantie a été souscrite auprès STIMULUS SAS : 28 rue Mogador 75009 Paris.

Votre complémentaire santé : vos services en ligne sur

www.lelibrechoix.fr

👉 Votre espace adhérent

A l'adhésion, vous recevez votre carte de mutuelle.

Vous pouvez alors vous rendre sur www.lelibrechoix.fr pour créer votre espace adhérent.

Bienvenue dans votre espace adhérent

Identifiant

Mot de passe

Se connecter

Mot de passe oublié ?

S'inscrire

Besoin d'aide ?

Création d'un compte sur l'espace adhérent

Identifiant (email)

Numéro adhérent

Date de naissance
jj/mm/aaaa

Numéro sécurité sociale (15 chiffres)

Créer mon compte

Annuler

Cliquer sur « **créer mon compte** », le message suivant apparaît alors.

✓ Un email a été envoyé à l'adresse mail saisie. Merci de cliquer sur le lien pour finaliser votre inscription.



Bonjour

Votre espace adhérent est presque prêt, il ne vous reste plus qu'une étape : l'activation !

Pour ce faire, il vous suffit de cliquer sur [ce lien](#).

Vous serez dirigé sur la page d'accueil où il vous suffira de renseigner votre adresse mail et votre mot de passe.

Vous pourrez alors profiter de toutes les fonctionnalités de votre espace personnel.

Cordialement

La Mutuelle Le Libre Choix

Si le lien ne fonctionne pas ou que vous ne parvenez pas à accéder à la page d'activation de votre compte, copier le texte ci-dessous et coller le dans la barre de recherche de votre

Validation du compte pour l'espace adhérent

Nouveau mot de passe

Confirmation du nouveau mot de passe

Votre nouveau mot de passe doit comporter:

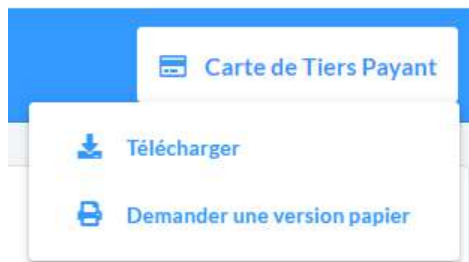
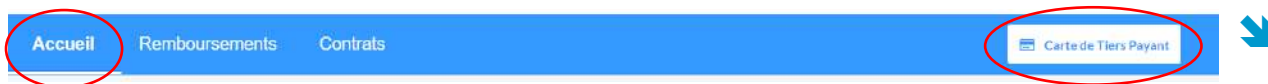
- Entre 12 et 24 caractères
- Au moins un chiffre
- Au moins une majuscule
- Au moins une lettre minuscule
- Au moins un caractère spécial parmi : # ? ! @ \$ % ^ & * -

Annuler

Créer mon compte

A partir de cet espace, vous pouvez, par exemple :

👉 télécharger votre carte de tiers payant.



1°) télécharger la carte : résultat immédiat

2°) demander une version papier : délai impression + distribution postale

👉 visualiser vos remboursements

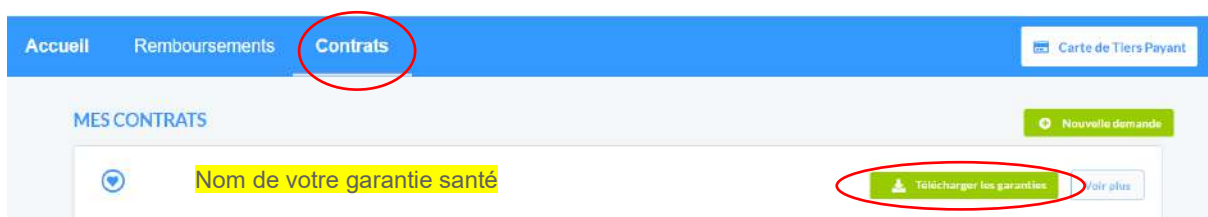


En cochant la case, vous voyez l'exhaustivité des remboursements : reçus par vous-même et/ou payés à un professionnel de santé



DATE	NATURE DE LA PRESTATION	BÉNÉFICIAIRE	FRAIS ENGAGÉS	PART SECURITE SOCIALE	PART COMPLEMENTAIRE
Remboursement du 17/02/2023 : 20.12€					
07/02/2023	PHARMACIE	PRENOM DU BENEFICIAIRE Payé à tiers	57.46€		

👉 télécharger le tableau de votre garantie santé



➡ faire une demande

FAIRE UNE DEMANDE

Déposer votre devis établi par un professionnel de santé,
une facture ou poser une question :



+ Nouvelle demande

NOUVELLE DEMANDE

Motif de la demande *

Dépot d'un devis

1°) choisir le type de demande

Description de la demande

2°) inscrire un descriptif

Ajouter des fichiers à votre demande (optionnel)

*Format de fichier pris en charge : .pdf .jpg .jpeg .png

Taille de fichier maximale autorisée : 5MB par fichier, 20MB au total

📎 Ajouter un fichier

3°) ajouter les documents

NOM DE FICHIER

STATUT

Aucun fichier lié, utilisez le bouton ci-dessus pour ajouter un fichier

Annuler

Envoyer

4°) Le bouton « envoyer » passe au vert

5°) Cliquer sur « envoyer »

Dépot d'un devis

Mes remboursements

Transmission d'une facture

Demande de prise en charge

Questions diverses

Mes services +

➡ visualiser une demande

☑ Contacter un conseiller

↔ Mes Demandes

vous nom

MES DEMANDES

HISTORIQUE DES ÉCHANGES

+ Nouvelle demande

🔍 Rechercher un échange

👉 contacter un conseiller

✉ **Contacteur un conseiller**

↔ Mes Demandes

votre nom

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

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

SERVICE ADHÉRENT

- Pass'sports Choralis
- Choralis Assistance
- Préjudis Santé

LA MUTUELLE QUI VOUS EN DONNE TOUJOURS +

- Prévoyance
- Epargne
- Assurance Habitation / Automobile
- Le parrainage ça rapporte !!

INFOS PRATIQUES

- Nos agences
- Questions / Réponses
- Mandat de prélèvement SEPA

LEXIQUE

👉 100% santé

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

👉 Actes Hors Nomenclature

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

👉 Aides auditives

Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intra-auriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et les appareils boîtiers.

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale. La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'assurance maladie obligatoire (AMO) dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

A compter du 1er janvier 2021, dans le cadre du dispositif des soins et équipements « 100% santé », certaines aides auditives (sélectionnées sur la base de critères techniques et technologiques) seront prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les autres aides auditives (répondant à d'autres critères techniques et technologiques) sont prises en charge par l'assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Dans tous les cas, la prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

➡ **Analyses et examens de biologie**

Il s'agit de l'ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

➡ **Auxiliaires médicaux ou professionnels paramédicaux**

Ce sont les professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes figurant à la nomenclature sont remboursés, par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

➡ **Base de remboursement**

C'est le tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2.

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

➡ **Chambre particulière/chambre individuelle**

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Le remboursement, le cas échéant, s'entend par nuitée et non par journée.

➡ **Chirurgie ambulatoire**

C'est la chirurgie réalisée à l'occasion d'une hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée donc) ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

➡ **Chirurgie réfractive**

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.

L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire.

La chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie...

➡ **Contrat « responsable et solidaire »**

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé de l'individu couvert, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle rembourse :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'assurance maladie obligatoire (hormis quelques exceptions)
- le forfait journalier hospitalier
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes (à partir de 2020) et une partie des prothèses dentaires (à partir de 2020 et 2021) et certaines aides auditives (à partir de 2021), dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100% santé.

Elle peut également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

En revanche, elle ne doit pas rembourser :

- les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ;
- la participation forfaitaire de 1 euro applicable aux consultations et certains examens médicaux ;
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50 euros par boîte de médicament)

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements : deux ans pour les lunettes et 4 ans pour les aides auditives, sauf cas dérogatoires.

Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention considérés comme prioritaires par le ministère de la santé pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

➡ **Cure thermique**

C'est un séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections.

Les cures thermales sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

➡ **Dépassement d'honoraires**

C'est la 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. Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements comme tout honoraire, « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le contrat le prévoit. Dans ce cas, le niveau de remboursement est plafonné pour les médecins non adhérent à l'OPTAM (contrats « responsables »).

➡ **Devis**

Le devis est un document présentant les soins ou prestations proposées et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 euros comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document. Dans le cadre de la réforme des équipements « à prise en charge renforcée », les opticiens et audioprothésistes devront obligatoirement proposer un devis pour une offre entrant dans le panier d'équipements « à prise en charge renforcée ».

Avant de réaliser des soins prothétiques, les chirurgiens-dentistes doivent aussi remettre aux patients un devis. Une fois les soins réalisés, les chirurgiens-dentistes doivent présenter une facture aux patients qui reprend, en totalité ou partiellement, l'ensemble des éléments du devis.

Le devis peut aussi être présenté à une assurance maladie complémentaire préalablement à tout soin, afin d'obtenir une évaluation sur les frais restant à la charge de l'assuré.

➡ **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrise (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013). L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'assurance maladie obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'Optam ou à l'Optam-Co que ceux d'un médecin non adhérent. En outre, un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est introduit pour les médecins non adhérents à l'Optam ou l'Optam-co.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'Optam ou l'Optam-co, le site **annuaire.sante.ameli.fr** est à la disposition de tous.

➡ **Forfait sur les actes dits « lourds »**

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'assuré sur certains actes, en remplacement du ticket modérateur habituel. Cette participation forfaitaire s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (120 euros en 2018), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60. C'est pourquoi on la qualifie couramment de participation forfaitaire ou forfait sur les actes lourds.

Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré et, à ce titre, ne sont pas concernés par le forfait sur les actes dits « lourds » (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD...).

Ce forfait est systématiquement pris en charge par la mutuelle lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

➡ **Forfait journalier hospitalier**

Il s'agit de la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation que ce soit pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique ou pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais il est pris en charge par la mutuelle lorsque la garantie proposée par la complémentaire santé est responsable.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, etc.).

➤ **Forfait patient-médecin traitant**

Rémunération forfaitaire versée annuellement par l'assurance maladie obligatoire à chaque médecin traitant pour le suivi de ses patients.

Ce forfait est co-financé par les organismes de complémentaires santé.

➤ **Forfait patient urgence**

Ce sont les frais facturés pour des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

➤ **Frais de séjour**

Ce sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80% (ou de 100% dans certains cas : actes coûteux notamment), le ticket modérateur (les 20% restant) étant systématiquement remboursé par la mutuelle lorsque la garantie complémentaire santé est responsable.

➤ **Frais d'accompagnement**

Ces frais correspondent aux facilités (exemple d'un lit) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent le cas échéant être pris en charge par la garantie complémentaire santé.

➤ **Franchise médicale**

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé «responsables».

➤ **Honoraires**

Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral.

Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sages-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

➤ **Honoraires de dispensation**

Cette rémunération du pharmacien d'officine est destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

Il existe cinq honoraires de dispensation :

- un honoraire de dispensation au conditionnement ;
- un honoraire par ordonnance dite complexe (5 lignes et plus de prescription de médicaments remboursables) ;
- un honoraire de dispensation perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables ;
- un honoraire de dispensation pour toute exécution d'ordonnance pour des jeunes enfants et des patients âgés ;

- un honoraire de dispensation particulière pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques.

➡ **Honoraire limite de facturation (HLF)**

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

➡ **Imagerie médicale**

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

➡ **Implantologie dentaire**

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles sont fixées une ou plusieurs prothèses.

L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire (sauf pathologies très particulières), mais peut en revanche être prise en charge par certains contrats d'assurance santé complémentaire.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit notamment comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

➡ **Inlays et onlays**

Ces techniques permettent de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une couronne. Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique).

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les inlays-onlays ne figurent pas dans le panier « 100% santé ». Leur tarif sera toutefois plafonné à compter du 1er janvier 2021 (pour les inlay composite).

Certains contrats responsables peuvent prendre en charge les dépenses engagées au-delà de la base de remboursement pour ces actes dans la limite du plafond fixé.

Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

➡ **Inlay core**

Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée.

A compter de 2020, cet acte est pris en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100% santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

➡ **Matériel médical**

Ce sont les biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

➡ **Médecin conventionné secteur 1 / secteur 2**

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur à honoraires opposables dit secteur 1 ou à honoraires libres dit secteur 2).

- Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable).

Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

- Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec "tact et mesure".

Les médecins ont l'obligation d'afficher "de manière lisible et visible dans leur salle d'attente" leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent "donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer".

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent être pris en charge par la complémentaire santé.

Sauf cas particuliers, les médecins ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'ACS et de l'aide médicale d'Etat.

Pour connaître le secteur d'exercice d'un médecin, il suffit d'aller sur le site annuaire.sante.ameli.fr.

➡ 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.

➡ Médicaments

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge.

Il existe quatre taux de remboursement des médicaments :

- 100% pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65% pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important ;
- 30% pour les médicaments dont le service médical rendu modéré, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales,
- 15% pour les médicaments à service médical rendu faible.

Les montants et taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien.

Les médicaments relevant d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Certains médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (médicaments dits à « prescription médicale facultative »). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

Les prix des médicaments non remboursables par l'assurance maladie obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

➡ Médicaments génériques

Un médicament générique est conçu à partir de la molécule d'un médicament déjà commercialisé (ou médicament princeps) dont le brevet est tombé dans le domaine public.

Un médicament générique est donc un médicament bien connu avant même sa commercialisation, grâce à l'expérience accumulée, pendant plus de 20 ans par le médicament d'origine (princeps), en termes d'efficacité et de sécurité d'emploi de sa molécule.

Pour obtenir le statut de médicament « générique », un médicament doit prouver sa bioéquivalence avec le médicament d'origine (princeps).

➡ Médicaments princeps

Le médicament princeps est le médicament qui peut être « générique » quand son brevet tombe dans le domaine public.

Lorsque des médicaments génériques sont commercialisés, le pharmacien substituera automatiquement un médicament générique au médicament princeps.

En cas de refus par le patient du médicament générique, le pharmacien ne pourra pas pratiquer le tiers-payant.

👉 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.

👉 Noémie

NOEMIE est le nom donné à la norme d'échange entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. C'est par ce moyen que l'assurance maladie obligatoire transmet aux organismes complémentaires les informations nécessaires au remboursement d'un assuré ou adhérent.

👉 Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Elles définissent également les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites...) et l'orthodontie, il s'agit de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- pour les actes techniques médicaux et dentaires (actes de chirurgie, anesthésie, ...), il s'agit de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ;
- pour les biens médicaux (appareillage, ...) hors médicaments, il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP);
- pour les soins hospitaliers il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

👉 Optique

Les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger des troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie.

Il peut s'agir de lunettes (deux verres et une monture) ou de lentilles.

A compter du 1er janvier 2020, les lunettes entrant dans le panier de soins « 100% santé » (définis à partir de critères techniques) seront remboursées intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les opticiens s'engagent à respecter.

L'offre « à prise en charge renforcée » n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre « à prise en charge renforcée » et d'une monture d'une autre offre, ou inversement.

Les opticiens doivent établir un devis faisant **systématiquement** apparaître un équipement de l'offre « à prise en charge renforcée ».

Les autres équipements (n'appartenant pas au panier « 100% santé » car répondant à d'autres critères techniques) seront moins bien pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite. Il existe différentes catégories de verres.

Les verres « simples » : Verres dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Les verres « complexes » : Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

Les verres « très complexes » : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

👉 Orthodontie

Il s'agit de la discipline médicale pratiquée par les orthodontistes (médecins stomatologues ou chirurgiens-dentistes). Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

L'assurance maladie obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants commencé avant l'âge de 16 ans. Ses remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'orthodontie, d'autant plus que les dépassements d'honoraires sont fréquents. Il est important d'obtenir un devis avant de commencer le traitement. Les couvertures complémentaires peuvent compléter les remboursements de l'assurance maladie obligatoire.

👉 **Parcours de soins**

C'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée en optimisant l'offre de soins proposée en France. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'assurance maladie obligatoire et leurs ayants-droits de moins de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné 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", après lui avoir 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 âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

👉 **Parodontologie**

Il s'agit d'une discipline visant au traitement des maladies parodontales qui sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...)

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :

- l'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse ;
- l'élimination des causes d'infection (détartrage des racines...) ;
- le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits ;
- le contrôle périodique du patient.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une faible partie de ces traitements selon certaines conditions médicales.

👉 **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 1ères et 2èmes molaires permanentes des enfants avant leur 14ème anniversaire, à raison d'une fois par dent,
- un détartrage annuel complet, effectué 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.

➡ **Prix limite de vente**

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

➡ **Prothèses dentaires**

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge

Les prothèses fixes remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique.

- Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Depuis 2019, et de façon progressive, les chirurgiens-dentistes se sont engagés à appliquer des honoraires limités selon le type de prothèse et la localisation de la dent (canine, incisive, prémolaire, molaire).

Pour certaines prothèses dentaires, entrant dans le panier de soins « 100% santé », les contrats complémentaires responsables prendront en charge, à compter de 2020 et 2021, en plus de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, l'intégralité des dépenses engagées, permettant ainsi à l'adhérent ou assuré de n'avoir aucun frais restant à sa charge, sous réserve que les chirurgiens-dentistes respectent les tarifs maximum fixés.

Les prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de soins « 100% santé » sont prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Les chirurgiens-dentistes doivent également respecter les tarifs maximums fixés pour certaines de ces prothèses qui n'entrent pas dans le panier « 100% santé ».

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées. Il devra, à compter de 2020, nécessairement comporter une proposition entrant dans le panier « 100% santé » ou à défaut hors champ du panier « 100% santé » mais soumis à un tarif maximum de facturation, lorsqu'une telle proposition existe.

➡ **Soins courants**

Il s'agit de l'ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

👉 Soins dentaires

C'est l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements (hormis pour les inlay-onlay).

👉 Tarif forfaitaire de responsabilité

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique (composé du médicament princeps et de ses génériques), un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) peut être fixé réglementairement. Ce TFR s'applique à l'ensemble du groupe générique.

La prise en charge, par l'assurance maladie obligatoire, et le cas échéant par l'assurance maladie complémentaire, du médicament faisant l'objet d'un TFR est effectuée sur la base de ce tarif.

Dans le cas où le prix de vente serait supérieur au TFR, le patient aurait des frais qui resteraient à sa charge que la mutuelle n'a pas le droit de rembourser.

👉 Taux de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le taux appliqué par l'assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'assurance maladie obligatoire.

La part non remboursée de la base de remboursement est le ticket modérateur.

La base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :

- 70% de la base de remboursement pour les actes médicaux ;
- 60% de la base de remboursement pour les actes paramédicaux ;
- 60% de la base de remboursement pour l'appareillage ;
- 100%, 65%, 30% ou 15% pour les médicaments.

👉 Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire pour certains actes dits « lourds ».

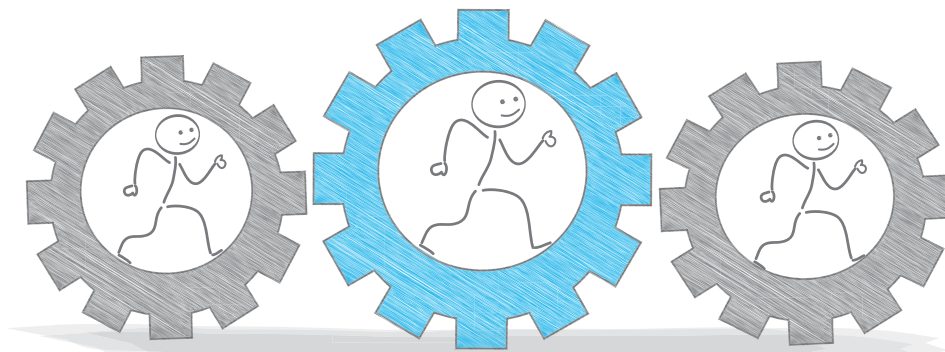
La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

👉 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. Dans le cas où le professionnel de santé consulté ne souhaite pas proposer ce service, l'adhérent ou assuré ne peut pas en bénéficier.

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.



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**

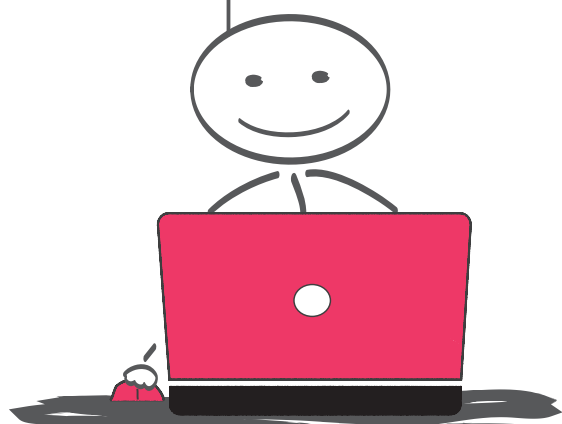
Tél. 03.27.53.19.90

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

