

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance santé

Compagnie : Mutuelle Le Libre Choix, immatriculée en France et soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - SIREN numéro 783 747 793

Produit : Offres CCN Syntec



Les informations précontractuelles et contractuelles complètes sur le produit sont fournies dans la notice d'information et dans le règlement mutualiste. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour connaître le niveau de prise en charge de votre couverture.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Il s'agit d'une Assurance Complémentaire Santé souscrite dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire. Les garanties qui découlent de ce contrat ont pour objet de garantir des remboursements complémentaires à ceux du régime obligatoire d'assurance maladie, et d'indemniser pour tout ou partie des frais médicaux occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité.

Le produit intègre les garanties relevant du 100% Santé et respecte les conditions légales des contrats responsables..



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Actes, soins, honoraires, frais de séjour, forfait patient urgence, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds, chambre particulière, frais d'accompagnant
- ✓ **Soins de ville** : Consultations et visites des médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie, transport
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, implants
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : Audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Actes de prévention**
- ✓ **Assistance et protection juridique médicale**

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Parodontologie, orthodontie refusée par la Sécurité sociale
Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue
Vaccins prescrits non remboursés, contraception, patch anti-tabac

LES SERVICES SYSTEMATIQUÉMENT PRÉVUS

- ✓ Le tiers payant, pour éviter de faire l'avance des frais chez la plupart des professionnels de santé
- ✓ Les services en ligne dans votre espace personnel : suivi des remboursements...

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Le forfait journalier hospitalier et la chambre particulière facturés par les maisons d'accueil d'hébergement spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✗ Les soins reçus en dehors des périodes de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1€ instaurée sur les actes médicaux.
- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
- ! La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins.
- ! Les actes médicaux non pris préalablement en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire sauf prestations particulières mentionnées au descriptif des garanties.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : remboursement limité à 2 verres et 1 monture par période de prise en charge à compter de la date d'acquisition : pour personne de 16 ans et plus, renouvellement tous les 2 ans (sauf si changement de correction : renouvellement possible annuellement), pour les enfants de moins de 16 ans renouvellement annuel, pour les enfants de moins de 6 ans renouvellement semestriel. Renouvellement anticipé possible en cas de situation médicale particulière.
- ! **Prothèse auditive** : renouvellement par appareil tous les 4 ans.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France
- ✓ A l'étranger. Dès lors que vous bénéficiez d'une prise en charge par la Sécurité sociale française, la mutuelle intervient en complément de la base de remboursement de la Sécurité sociale.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité, suspension ou non garantie du contrat, vous devez :

A la souscription :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle.
- Fournir les pièces justificatives nécessaires à l'adhésion.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- S'acquitter des cotisations dues (ou fraction de cotisation) indiquées au contrat.
- Déclarer toute nouvelle circonstance, tout changement de situation ou risque en relation avec le contrat.
- En cas de modification de garantie, faire la demande au plus tard le 31 décembre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de chaque année.
- L'adhérent s'engage à informer la Mutuelle lorsque la demande de prestations fait suite à un accident mettant en cause un tiers.

En cas de sinistre :

- Fournir tous les justificatifs nécessaires aux remboursements.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans + le trimestre en cours à compter de la date de l'évènement.



Quand et comment effectuer mes paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance.

Un paiement fractionné peut être toutefois accordé au choix (trimestriel ou mensuel).

Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique, virement, chèque ou en espèces en agence et en carte bancaire au siège.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le bulletin d'adhésion.

- Pour le souscripteur-employeur :

Le contrat est conclu pour une durée de 12 mois jusqu'au 31 décembre suivant le dépassement de ce délai et se renouvelle automatiquement chaque 1^{er} janvier, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

- Pour le salarié ayant opté pour garantie optionnelle :

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement à sa date d'échéance principale, le 1^{er} janvier, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours à compter du jour où l'adhésion a pris effet ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions d'adhésion si la date est postérieure à la précédente.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

La dénonciation de son contrat peut être faite par lettre ou tout autre support durable : envoi d'un courrier électronique à contact@lelibrechoix.fr, par déclaration faite au siège social ou à l'une des agences de la mutuelle, par acte extrajudiciaire, par le même mode de communication à distance que celui qui a été proposé lors de l'adhésion

- Pour le souscripteur-employeur :

- au plus tard deux mois avant la date d'échéance principale, par lettre recommandée avec accusé réception.
- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat sans frais ni pénalité ;
- dans le cas de tout changement de situation de l'entreprise rendant impossible la continuité de l'adhésion eu égard aux conditions prévues au présent contrat d'adhésion.

- Pour le salarié ayant souscrit une garantie optionnelle :

- au plus tard deux mois avant la date d'échéance principale (soit le 31 octobre) ;
- dans les vingt jours à compter de la date d'envoi de l'appel de cotisation annuel, par le biais de la loi Châtel ;
- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat sans frais ni pénalité.

La résiliation peut aussi intervenir à la fin du trimestre civil de la notification à la mutuelle :

- dans le cadre d'un contrat d'assurance complémentaire santé collectif à caractère obligatoire et non familial, pour l'adhérent seul ou dans le cadre d'un contrat d'assurance complémentaire santé collectif à caractère obligatoire et familial, pour l'ensemble de la famille,
- ou dans le cas d'un changement de régime de Sécurité sociale modifiant les conditions du contrat,
- ou dans le cas de tout changement de situation d'un adhérent et/ou d'un bénéficiaire rendant impossible la continuité de l'adhésion eu égard aux conditions prévues au présent contrat d'adhésion.